

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 mars 1892, à 1 heure.

Par ERNEST-ALEXANDRE POULAIN

Né à la Ferté-Macé (Orne), le 22 Mars 1863.

Ancien interne de l'Infirmierie de la Santé.

Ancien externe des hôpitaux de Paris. — Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

STOMATITES DANS L'ENFANCE

ET EN PARTICULIER

DE LA STOMATITE DIPHTÉROÏDE IMPÉTIGINEUSE

Président : M. STRAUS, professeur

Juges : MM. LANDOUZY

ROBIN

NETTER

} *agregés*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 mars 1892, à 1 heure.

Par ERNEST-ALEXANDRE POULAIN

Né à la Ferté-Macé (Orne), le 22 Mars 1863.

Ancien interne de l'Infirmerie de la Santé.

Ancien externe des hôpitaux de Paris. — Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

STOMATITES DANS L'ENFANCE

ET EN PARTICULIER

DE LA STOMATITE DIPHTÉROÏDE IMPÉTIGINEUSE

Président : M. STRAUS, professeur

Juges : MM. LANDOUZY
ROBIN } *agregés*
NETTER }

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUD.
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
Clinique ophtalmologique.....	{ LE DENTU.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	GUYON.
	TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTÉRE.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
STOMATITES DANS L'ENFANCE
ET EN PARTICULIER
DE LA STOMATITE DIPHTÉROÏDE IMPÉTIGINEUSE

INTRODUCTION

Pendant notre année d'externat à l'hôpital Trousseau nous avons été frappé de la place si importante qu'occupe le tube digestif et surtout la bouche dans la pathologie infantile. Les lésions si variées de cette cavité, la difficulté souvent très grande du diagnostic, l'importance capitale de ce diagnostic au point de vue du pronostic et surtout des mesures de prophylaxie et d'isolement immédiatement applicables ont attiré vivement notre attention.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer avec notre maître, M. Sevestre, une variété de stomatite diphtéroïde, compliquant fréquemment l'impétigo, encore peu connue aujourd'hui et de réunir un certain nombre d'observations. L'idée nous a été donnée par notre maître, de choisir cette question comme sujet de thèse et de compiler les divers

travaux publiés jusqu'à ce jour sur ces lésions buccales chez l'enfant. Nous avons pu grouper ainsi un certain nombre de faits qui contribueront peut-être à classer plus nettement la stomatite diphthéroïde impétigineuse dans le cadre de la pathologie infantile.

Avant d'aborder spécialement sa description, nous étudierons brièvement le rôle que joue la cavité buccale chez l'enfant, dans la pathogénie des stomatites en général ; nous jetterons ensuite un coup d'œil sur toutes les lésions buccales qui peuvent présenter quelques traits de ressemblance avec celle qui nous intéresse particulièrement.

Mais avant de commencer l'exposé des faits, il est de notre devoir de remercier les maîtres qui nous ont dirigé et instruit dans les hôpitaux de Paris.

Nous tenons tout particulièrement à exprimer notre profonde reconnaissance et nos sentiments d'affection respectueuse à notre premier maître M. le D^r Léon Labbé, pour les conseils si bienveillants et les marques constantes d'intérêt qu'il n'a cessé de nous donner pendant toute la durée de nos études. Nous n'oublierons jamais l'heureux temps passé dans son service et les excellents et nombreux principes de chirurgie que nous devons à sa grande expérience.

M. Duguet nous a donné chaque jour, dans son beau service de Lariboisière, des leçons de clinique interne fort utiles pour l'avenir ; nous lui sommes particulièrement reconnaissant d'avoir bien voulu nous admettre jadis au nombre de ses externes.

M. Sevestre nous a appris les maladies des enfants et en

maintes circonstances nous a prodigué encouragements et conseils. C'est lui qui nous a donné l'idée de ce travail en y joignant le résultat de ses recherches ; nous le prions d'agréer, avec nos plus sincères remerciements, l'assurance de notre gratitude.

Dans plusieurs occasions, nous avons trouvé auprès de M. Michaux des marques de grande sympathie, nous ne saurions trop lui en être reconnaissant.

MM. Millard, Budin, Schwartz et Bazy, que nous avons eu aussi pour maîtres pendant le courant de nos études, nous ont beaucoup appris ; nous sommes heureux de les en remercier.

Nous prions M. le Dr Barrault, médecin de la Santé, qui souvent nous a donné des preuves d'intérêt et d'affection, d'agréer nos remerciements et l'assurance de notre entier dévouement.

Quant à notre excellent interne et ami Gastou, nous tenons à lui exprimer notre gratitude pour les utiles avis qu'il nous a fréquemment donnés et en particulier pour cette thèse.

M. le professeur Straus nous a accueilli avec beaucoup de bienveillance et nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il veuille bien recevoir en échange nos plus sincères remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0036

Historique.

La coïncidence de l'impetigo et des lésions buccales paraît avoir été vraiment décrite pour la première fois en 1883 par Bergeron (1) dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

En effet, sous le nom de phagédénisme des lèvres et d'impetigo de la muqueuse buccale, il décrit des lésions dont le tableau ressemble assez bien aux symptômes que nous étudierons plus loin. Nous lui empruntons les quelques lignes qui suivent : « Il n'est pas rare de voir chez les enfants atteints d'une éruption plutôt aiguë que chronique d'impetigo larvatis les pustules gagner le bord libre des lèvres, puis la muqueuse elle-même, et devenir le siège de petites ulcérations superficielles.

« Lorsque l'impetigo se montre chez des sujets débilités par la maladie ou la misère, ces ulcérations deviennent serpigineuses, se réunissent par leurs bords, prennent une teinte brune, les plus petites ressemblent beaucoup aux aphtes. Comme eux, en effet, elles sont circonscrites par un léger soulèvement d'épithélium opalin autour duquel la muqueuse injectée forme un mince liseré rouge. La présence simultanée d'autres ulcérations, de plus grande dimension et de pustules d'impetigo sur les lèvres, permet de les distinguer des aphtes. Dans l'immense majorité des

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome 12 (3^e série), p. 166 (Art. Stomatites).

cas, les ulcérations impétigineuses sont plus larges ; on en compte rarement plus de sept ou huit qui restent presque toujours confinées dans la partie du vestibule la plus rapprochée de l'orifice buccal. La membrane muqueuse injectée fait à leur pourtour un léger relief et lorsqu'on déterge leur surface on trouve sous la mince couche de pus et d'épithélium ramolli qui la masque la muqueuse dénudée, rouge et granuleuse ».

Plus loin encore : « Nous décrivons cette variété de stomatite qui n'est en définitive qu'un impetigo de la muqueuse buccale ; sa localisation exclusive à la face interne des lèvres, la coexistence de l'impetigo sur le bord cutané de ces organes et au visage ; enfin l'absence de tout produit d'exsudation, de tout lambeau de tissu mortifié la différencie suffisamment de la diphtérie buccale ».

Telle est la première description complète de ces lésions. Nous trouvons ensuite dans Hénoc (1), des faits absolument semblables attribués par lui à la stomatite aphteuse, mais dont la peinture reproduit fidèlement le tableau de Bergeron.

Dans les ouvrages classiques nous n'avons trouvé aucune étude complète de la stomatite impétigineuse ; à peine quelques mots pour signaler la possibilité de transmission de l'impetigo aux muqueuses labiale, nasale et oculaire et l'apparition d'ulcérations en ces divers points.

Les thèses de la Faculté que nous avons consultées depuis 1875 signalent également la concomitance des croûtes sur les lèvres et sur les téguments, mais restent muettes sur la stomatite.

(1) *Leçons cliniques des maladies des enfants*, édition française, 1885, p. 364.

Dans l'une d'elles néanmoins, Julien (1886) (1) cite des faits analogues aux nôtres qu'il paraît rattacher uniquement à la rougeole ; pour lui ce serait une stomatite rubéolique compliquant cette dernière affection.

L'existence fréquente de la stomatite diphtéroïde impétigineuse dans le déclin de la rougeole, le tableau exactement semblable décrit par Julien, les croûtes qu'il signale sur le visage semblent démontrer l'identité des deux affections.

Zit (2), cité par Comby, a vu plusieurs fois l'impetigo contagiosa des enfants se propager à la muqueuse des lèvres et de là à la cavité buccale.

Comby, dans une communication à la Société clinique (3) en décembre 1887, présente dix cas de stomatite impétigineuse. L'année suivante nous lisons dans la *Revue des maladies de l'enfance* deux nouvelles observations, et une étude assez complète de la stomatite qu'il appelle nettement stomatite impétigineuse.

Eug. Frænkel (4) en 1888, dans un mémoire sur la stomatite aphteuse met en relief cette notion que le staphylococcus pyogenes peut donner naissance à des lésions pseudo-membraneuses simulant la diphtérie.

En juin 1891, notre maître M. Sevestre et son interne M. Gastou, dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux*, citent dix observations nouvelles, avec cultu-

(1) JULIEN, *Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole* (Thèse de Paris, 1886).

(2) *Arch. für Kinderheilkunde* (juin. 1887).

(3) Voir *France médicale*, 24 déc. 1887.

(4) EUGÈNE FRÆNKEL, Ueber die sogenannte stomatitis aphtosa besonders in ætiologischer und anatomischer Beziehung. *Arch. für pathologische Anatomie*, septembre 1888, CXIII.

res du produit des ulcérations et démontrent la présence positive de staphylocoques comme cause de cette stomatite.

Duprey (1) dans sa thèse sur les localisations de l'impétigo chez l'enfant, communique des faits semblables, observés dans le service de M. Legroux, à l'hôpital Trousseau.

Dans le traité de médecine publié sous la direction de MM. les professeurs Charcot et Bouchard (2), M. Guinon signale comme complication de la rougeole la grande fréquence de cette stomatite à l'hôpital des Enfants assistés.

La coïncidence de la rougeole est dans ces cas, pour M. Sevestre, purement accidentelle et la stomatite que nous décrivons paraît être une manifestation propre de l'impétigo justifiant parfaitement sa dénomination de stomatite impétigineuse.

Parmi les observations, tant anciennes que nouvelles rapportées plus loin, huit d'entre elles seulement ont été observées pendant la durée ou le déclin de la rougeole et et dans deux de ces huit derniers cas, la rougeole s'est manifestée après la guérison de la stomatite.

(1) *Considérations sur l'impetigo et ses localisations chez l'enfant*. Thèse de Paris, juillet 1891.

(2) *Traité de médecine*, Paris, 1892.

Pathogénie et étiologie.

Il nous a paru intéressant d'envisager ce chapitre de pathogénie sous deux aspects différents. Nous étudierons donc d'abord le rôle que joue la cavité buccale, par sa constitution anatomique et ses modifications physiologiques, dans la genèse des stomatites en général. Consécutivement, par une sorte de déduction, nous pourrons appliquer à la stomatite impétigineuse qui nous intéresse spécialement les faits observés et décrire alors sa pathogénie et son étiologie particulières.

I

ÉTUDE DE LA BOUCHE COMME MILIEU ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE CHEZ L'ENFANT.

Les recherches microbiologiques récentes tendent de plus en plus à prouver que la majeure partie des stomatites, notamment celles qui naissent spontanément sans compliquer un état général quelconque, sont dues à l'action des micro-organismes. Celle qui nous occupe notamment et qui a été la cause première de nos recherches est manifestement de nature microbienne. Pour ce motif, nous envisagerons surtout les conditions favorables de milieu que la bouche présente à la pénétration et au développement des microbes.

Par sa situation à l'entrée des voies digestives et aériennes, elle constitue une porte d'entrée sans équivalent, un chemin fréquemment parcouru par des germes de toute nature. Si l'on songe que chaque bouffée d'air inspiré, chaque gorgée de liquide, chaque bouchée de solide déglutie, laissent sur la muqueuse une partie des microbes qu'elles contiennent (1), nous ne pouvons rester surpris outre mesure en constatant la quantité considérable qui vit et pullule dans la bouche.

« Ce vrai réceptacle de microbes » suivant une comparaison imagée, est souvent la cause occasionnelle, le point de départ de la plus grande partie des infections qui envahissent les nombreux organes avec lesquels la bouche communique.

Les principaux véhicules des micro-organismes sont l'air et les aliments : soit solides, soit liquides.

Pour démontrer la multiplicité des germes de toute sorte que contient l'air, M. Pasteur s'est servi d'un tube ouvert à ses deux bouts, dans lequel il en faisait filtrer sur un tampon de coton une certaine quantité. Le coton placé ensuite sous le champ d'un microscope décelait la présence de germes de toute nature.

MM. Straus et Wurtz (2) ont utilisé dans le même but un procédé d'une sensibilité plus parfaite. Leur méthode consiste à faire barbotter un volume déterminé d'air à travers de la gélatine nutritive. L'appareil se compose en résumé d'un tube d'assez grandes dimensions, contenant

(1) DAVID, *Les microbes de la bouche*, Paris 1890.

(2) Sur un procédé perfectionné d'analyse bactériologique de l'air. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888.

une certaine quantité de gélatine, dans laquelle plonge un second tube dont l'extrémité est finement effilée.

Le tout étant préalablement stérilisé, on fait passer à l'aide d'un aspirateur un nombre déterminé de litres d'air. La gélatine est ensuite recueillie sur des plaques de culture et permet de reconnaître après 4 ou 5 jours le nombre des schizomycètes et des moisissures (susceptibles de se développer sur la gélatine) que renfermait l'air ayant traversé l'appareil.

Les expériences, pratiquées dans les salles de l'hôpital St-Antoine et dans le laboratoire de pathologie de la Faculté, ont révélé un nombre variable, mais toujours considérable de colonies de bactéries et de moisissures.

D'un autre côté, de nouvelles recherches de M. Straus (1) sur l'absence de microbes dans l'air expiré, ont démontré que sur 609 germes ou moisissures ayant pénétré dans le poumon avec l'air inspiré, un seul germe en ressortait avec l'air expiré. Le poumon joue donc pour ces germes le rôle d'un filtre, mais les voies respiratoires supérieures, les parois humides de l'isthme du gosier, de la bouche, les anfractuosités qu'elle présente, contribuent aussi dans une certaine mesure à retenir les germes introduits.

Le phénomène de l'inspiration réalise assez bien ces diverses expériences ; d'un autre côté, l'enfant respirant presque constamment la bouche ouverte, augmente dans une certaine mesure les chances d'infection de la cavité buccale, infection qui se trouve ensuite éminemment favorisée par l'absence presque absolue de soins de propreté et les conditions anatomiques et physiologiques de ce milieu.

(1) *Loco citato.*

Les aliments constituent un mode de pénétration fréquent et parmi eux au premier rang le lait, qui occupe avec raison une si large place dans l'alimentation du premier âge.

Sans vouloir parler des microbes qu'il peut accidentellement contenir, nous rappellerons qu'il est quelquefois directement infecté par l'animal qui l'a fourni. De vraies épidémies de stomatite aphteuse coïncidant avec la fièvre aphteuse des bovidés tend à établir entre ces deux affections une relation de cause à effet. Ces faits ont été jadis signalés par Sagar et fréquemment depuis par nombre d'auteurs : notamment Herling, David, Nocard, Chauveau de Lyon, Eug. Fränkel (1), Proust et tout récemment encore par M. Ollivier (2), médecin de l'hôpital des Enfants-malades.

Tous ces auteurs tendent à incriminer, avec nombreuses preuves à l'appui, le lait des vaches contaminées, comme véritable agent de contagion.

Le biberon qui contribue pour une si grande part dans la production des troubles gastro-intestinaux et dans la mortalité infantile, prend place au premier rang dans l'introduction de produits infectieux. Il suffit d'avoir débouché une seule fois à une consultation d'enfants, un de ces biberons à long tube, si difficiles, à nettoyer, pour se rendre compte, par l'épouvantable odeur qui s'en dégage, des fermentations et des putréfactions multiples qui se passent

(1) Ueber die Anatomie und Etiologie der stomatitis aphtosa, *Centralblatt für klin. Med.*, 1888, p. 147.

(2) La fièvre aphteuse des vaches laitières et la fièvre aphteuse chez les enfants, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1892.

à l'intérieur et peuvent agir sur la bouche au même titre que sur le reste du tube digestif.

L'histoire des micro-organismes nous apprend que leur présence dans la cavité buccale est connue depuis longtemps ; c'est d'ailleurs par leur étude que les recherches microbiennes ont commencé. Leenwenhoek le premier, en 1683, a signalé toute une série d'animalcules dans la carie dentaire. Après lui, de nombreuses communications ont été faites sur la même question mais seulement au point de vue morphologique et sont restées sans attirer l'attention. Les travaux de Robin, en 1847, sur la présence du *leptothrix buccalis* dans la bouche eurent un grand retentissement et sont actuellement encore cités dans tous les ouvrages.

Après lui, les communications sur les microbes de la bouche sont rares et il faut arriver aux monographies de Rappin, 1881, et de Rasmussen, 1883.

A cette date, Pasteur (1) découvrit dans la salive d'un enfant mort de la rage le microbe de la septicémie salivaire qui plus tard fut reconnu comme l'agent spécifique de la pneumonie.

Brièvement encore nous citerons les noms principaux de Talamon, 1883, Rosenbach, 1884, Fränkel, 1885, Netter, 1886. Enfin paraît le mémoire de Vignal qui signale vingt espèces de microbes pullulant à l'état normal dans la bouche puis en même temps celui de Blake démontrant dans la salive la présence des *staphylococcus aureus* et *albus*.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1881, p. 76-94.

Depuis ces derniers, Biondi (1) et David ont repris la question sans augmenter les résultats connus.

Tous ces micro-organismes, au point de vue de leurs propriétés, appartiennent à deux classes : les uns non pathogènes remplissent au contraire un rôle physiologique dans la digestion ; les autres sont éminemment pathogènes et peuvent agir, soit localement sur les diverses parties de la cavité buccale (stomatite, carie, gingivite), soit à distance (pneumonie, etc.).

Parmi les microbes non pathogènes, les uns se rencontrent partout, tels que le bacillus subtilis, le bacterium termo, le bacille de la pomme de terre, etc. Les autres sont spéciaux à la cavité buccale, comme le leptothrix, etc., d'autres enfin très nombreux signalés surtout par Vignal, n'ont été vus que rarement et leur histoire est encore bien incomplète.

Cette première classe joue un rôle important dans la digestion ; les uns en dissolvant l'albumine, les autres en coagulant le lait, d'autres enfin en transformant la lactose en acide lactique, etc. Suivant leur nature, ils causent les fermentations diverses qui se passent dans la bouche, avec les conséquences qui en découlent, soit fétidité de l'haleine, soit modification de l'épithélium de revêtement.

Les microbes pathogènes rencontrés dans ce milieu sont nombreux. Nous rappellerons les principaux seulement :

Le bacille de la tuberculose ;

Le bacille de la diphtérie ;

Le pneumocoque ;

Le streptocoque pyogène ;

(1) Zeitschrift für Hygien, t. II, p. 194.

Le bacille encapsulé de Friedlander ;

Les staphylocoques pyogènes aureus et albus.

Ce dernier est presque constant, le pneumocoque existe à l'état normal chez 1/5 des sujets n'ayant jamais eu de pneumonie (Netter) (1). Le streptocoque et le bacille de Friedlander se voient à peu près dans les mêmes proportions.

Ces microbes si dangereux peuvent vivre fort longtemps dans la cavité buccale sans manifester en rien leur présence ; ils restent inactifs, inoffensifs, jusqu'à ce qu'une occasion favorable leur permette de déployer toute leur virulence (microbisme latent de Verneuil).

Les conditions, qui favorisent le séjour et le développement des micro-organismes dans la bouche et consécutivement les fermentations et les altérations diverses qui en découlent, sont très complexes. Elles tiennent à sa constitution anatomique et aux modifications physiologiques qui s'y passent.

Au point de vue anatomique pur, nous trouvons diverses parties admirablement disposées pour le développement des bactéries. Sur la langue notamment, chaque sillon, chaque repli papillaire devient un admirable abri où elles peuvent échapper aux influences destructives. Dans les culs-de-sac gingivo-dentaires, entre les petites anfractuosités qui séparent les dents, au fond des petites loges que forme autour d'elles la muqueuse, elles trouvent encore un gîte plus assuré.

Ajoutons aussi que le réseau vasculaire si riche des gencives ne contribue pas peu dans les états pathologiques, à

(1) *Revue d'hygiène*, juin 1889.

augmenter par la transsudation des éléments du sang, tous les déchets qu'on observe à l'état normal.

La structure de son épithélium pavimenteux constitue aussi une prédisposition favorable. « Il est, dit Koelliker, assez souple, mais peu résistant et peu élastique, la macération et l'action de l'eau bouillante ou de l'acide acétique le détachent par larges places ». La même prédisposition favorable se retrouve dans la desquamation incessante de la muqueuse qui, comme toutes les muqueuses, est soumise à une régénération continuelle. Sans cesse renouvelée dans ses parties profondes, les couches superficielles éloignées de plus en plus des centres nourriciers perdent leur vitalité et les cellules épithéliales qui les composent tombent en quelque sorte fanées à leur surface. Cette mue incessante constitue un premier élément de dépôt auquel se joignent de nombreux déchets étrangers de provenance diverse, des débris alimentaires, globules graisseux, etc., etc., auxquels les anciens médecins humoristes ont donné le nom de *saburres* et qui jouaient à leurs yeux un rôle si grand dans la production des maladies. Tous ces débris mélangés aux sucs versés par les innombrables glandes de la muqueuse buccale, constituent un magma plus ou moins dense, qui s'accumule en quantité variable suivant les régions et qui constitue une véritable proie prédestinée aux microbes (1).

Cette desquamation incessante peut être considérée comme une sorte de traumatisme physiologique inhérent à la structure même de la muqueuse.

Tous les autres traumatismes du revêtement buccal de-

(1) BOUCHARD, *Thérapeutique des mal. infectieuses*. Paris, 1889, p. 252.

viennent souvent un siège d'élection et le point de départ d'une colonisation de microbes. En effet nous voyons souvent une stomatite succéder aux brûlures causées par les aliments trop chauds ; de même les ulcérations toutes mécaniques du frein de la langue dans la coqueluche se recouvrent souvent d'un exsudat membraniforme.

Enfin certaines parties de la muqueuse, notamment celle qui recouvre les apophyses ptérygoïdes et la portion osseuse de la voûte palatine moins bien nourries à l'état normal, soumises sans cesse aux pressions des aliments ou de la face dorsale de la langue pendant la succion ou la déglutition chez l'enfant, sont le point de départ d'ulcérations fréquentes, qui deviennent un terrain tout préparé.

L'étude de la bouche au point de vue physiologique pur, nous montre que ce milieu réunit les meilleures conditions pour favoriser le développement des microbes. Ils y rencontrent, en effet, une température de 37° environ qui leur convient tout particulièrement ; ils empruntent l'eau qui leur est nécessaire, tantôt aux liquides salivaires, tantôt aux boissons, enfin leurs autres éléments indispensables aux matières albuminoïdes provenant soit des déchets organiques, soit de notre alimentation (1).

La sécrétion salivaire nous vient aussi en aide pour expliquer les lésions qui nous occupent, soit par la diminution de cette sécrétion, soit par l'altération des principes constituants.

La diminution ou plutôt l'absence de sa sécrétion s'observe normalement chez les tout jeunes enfants. Quelque

(1) RAPPIN, *Contribution à l'étude des bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde.*

temps après la naissance, les glandes buccales fournissent une salive qui ne possède encore qu'une partie de ses propriétés chimiques (1). Pour Hénoch, elle existe d'ailleurs en si petite quantité que l'on ne peut guère tenir compte de ses propriétés saccharifiantes. Ce n'est que vers la fin du troisième mois que la sécrétion salivaire s'accroît d'une manière appréciable ; pour d'autres auteurs, elle ne commencerait qu'à cette époque dans les glandes salivaires. Son absence chez les nourrissons est la cause de la réaction presque constamment acide à cette époque de la vie.

Dans les conditions normales la salive alcaline neutralise les produits acides des micro-organismes, mais dans les cas pathologiques (dans la fièvre typhoïde par exemple), où la sécrétion salivaire est diminuée, le papier bleu de tournesol est constamment ramené au rouge.

Ce n'est donc pas à la salive elle-même, mais aux modifications diverses subies dans la cavité buccale, qu'est due l'acidité que l'on constate ; les expériences de Claude Bernard l'ont surabondamment prouvé. « La réaction acide, dit-il (2), que l'on trouve souvent dans la bouche est accidentelle et appartient à l'état de la muqueuse. La réaction acide de la salive n'a jamais été observée, quand on l'a signalée on voulait parler de la réaction de la cavité buccale, car la salive doit être rangée au nombre des liquides organiques à réaction alcaline fixe ».

Nous nous sommes demandé si la réaction acide du mi-

(1) DESCROIZILLES, *Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles*, Paris, 1891.

(2) Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme. *Cours du Collège de France*, 1859.

lieu buccal présentait une condition favorable ou défavorable au développement des micro-organismes et par suite à la production des stomatites? Guinon, cité par Lesage (1), a montré que l'acidité de la bouche existait fréquemment chez des enfants en bonne santé sans qu'il y eut ni rougeur, ni desquamation épithéliale. Il n'attache aucune importance à cette réaction au point de vue des altérations buccales. Chez des enfants bien portants, il a obtenu les résultats suivants :

Réaction acide	47 fois
— alcaline	12 «
— neutre.	9 «

Nous avons repris ces recherches dans les salles de M. Sevestre chez des enfants indistinctement malades ou convalescents pour arriver à des résultats un peu différents.

L'expérience faite le matin à 8 heures, à l'aide du papier de tournesol, avec contre-épreuve dans les cas douteux, chez les sujets à jeun, nous a donné les faits suivants :

Réaction acide	55 fois
— alcaline	14 «
— neutre.	22 «

Chez les jeunes enfants nourris au lait, la réaction était presque constamment acide.

Enfin sur 5 cas de stomatites observés, 4 fois la réaction était manifestement acide, une fois elle était neutre.

Au pavillon de diphtérie, l'acidité de la bouche était plus fréquente encore : sur 56 recherches faites dans les mêmes conditions nous avons constaté :

(1) De la dyspepsie et de la diarrhée verte chez les enfants du premier âge. *Revue de médecine*, janvier 1888.

36 réactions acides

14 — neutres

6 — alcalines

Quelle conclusion peut-on tirer de ces divers résultats ?

Nous sommes tenté de croire que l'état acide ou neutre de la bouche, loin de constituer une cause défavorable, vient encore aider l'action des micro-organismes.

Les recherches de MM. Roux et Linossier sur l'évolution du champignon du muguet (1) tendent à prouver le contraire. Si l'alcalinité elle-même ne constitue pas une condition défavorable au parasite du muguet, elle est, disent-ils une condition presque nécessaire au développement du plus grand nombre des schizomycètes. Ces derniers, coques ou bactéries, créent au champignon une redoutable concurrence, concurrence qui disparaît presque complètement dans un milieu acide.

Si nous considérons l'acidité buccale à un point de vue différent, mécanique pour ainsi dire, nous pouvons penser qu'en érodant plus ou moins la muqueuse elle constitue un admirable terrain où les micro-organismes peuvent à l'abri dans les petites ulcérations, engendrer les lésions qui leur sont propres. L'état de la bouche presque constamment acide ou neutre au pavillon de diphtérie, où la maladie d'après les connaissances actuelles est manifestement due au bacille de Loeffler, nous fait croire que ces deux conditions ne sont nullement défavorables aux micro-organismes, et qu'ils se comportent dans la cavité buccale,

(1) Recherches morphologiques sur le champignon du muguet (*Archives de médecine expérimentale*, janvier 1890, mars 1890.

Recherches chimiques sur le champignon du muguet. *Bulletin de la Société clinique*, décembre 1890.

en tenant compte de certaines prédispositions propices, autrement que dans des milieux artificiels.

« L'acescence (1), dit en effet M. Gubler, entraîne les conséquences les plus fâcheuses pour les milieux en contact avec les liquides acides. Dans la bouche, l'acidité constante est une des causes qui arrêtent la reformation des épithéliums et produisent souvent des excoriations et des ulcérations de la muqueuse. Les cellules épithéliales superficielles ne sont plus en effet dans leur milieu normal et leur membrane d'enveloppe sans cesse baignée par les acides perd nécessairement sa résistance physiologique. »

« Ces conditions ne sont-elles pas éminemment défavorables pour la lutte qu'elles ont à subir contre les bactéries ; c'est-à-dire contre des parasites qui trouvent précisément dans le plasma cellulaire tous les sucs nécessaires à leur nutrition. »

« Aussi en admettant même, qu'ils n'agissent que par simple contact, c'est-à-dire en se nourrissant par osmose, doit-on leur accorder un rôle actif dans les ulcérations buccales ».

Le phénomène de la carie dentaire tend à expliquer cette pathogénie ; en effet les microbes, par eux-mêmes, sont sans action sur l'émail, mais que l'acidité vienne entamer ou modifier plus ou moins la structure de cette substance, les microbes s'y localisent, engendrent la lésion que nous connaissons.

Ces mêmes micro-organismes, d'après les recherches de

(1) *Dict. des sciences médicales* (Acescence).

Vignal (1), ne sont pas sans action sur les substances alimentaires. Il a démontré en effet que les staphylococcus aureus et albus coagulaient le lait par la production de plusieurs acides parmi lesquels dominait l'acide lactique, puis la transformation subie par ce liquide s'arrêtait là. En revanche, ils paraissent n'avoir aucune action sur le suc de canne et le glucose.

A toutes ces causes locales, il convient d'ajouter les affections générales qui peuvent retentir sur la bouche, et notamment les fièvres éruptives, les troubles gastro-intestinaux, l'athrepsie si fréquente dans l'enfance. Toutes les causes de débilitation quelconque peuvent aussi favoriser le développement de ces lésions.

Nous trouvons dans Claude Bernard (2) le récit d'expériences qui démontrent l'influence de l'état général et de la diminution de la sécrétion salivaire sur la réaction de la cavité buccale. « J'ai déjà dit que chez les chiens qui n'ont pas de dents tartreuses à l'état normal, un dépôt de cette substance plus ou moins abondant se formait, lorsqu'on venait à opérer un dérangement des voies digestives en laissant par exemple une fistule gastrique incomplètement fermée pendant quelque temps et que cette production de tartre disparaissait quand cessait l'irritation des voies digestives et celle de la muqueuse buccale par la suppression de la cause qui l'avait produite ».

Avec les connaissances actuelles, ne pourrait-on pas expliquer ces faits par une débilitation de l'organisme de-

(1) *Archives de physiologie*, 1887.

(2) *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*, faites au Collège de France, 1859.

venant plus accessible à l'envahissement microbien. Ces diverses modifications physiologiques et les fermentations variées qui en sont la conséquence agissent sur la muqueuse par une sorte de traumatisme et peuvent engendrer des excoriations superficielles, très légères il est vrai, mais qui constituent néanmoins un *locus minoris resistentiæ*.

Ce groupe de conditions anatomiques et physiologiques, inhérentes à la cavité buccale peuvent être résumées en quelques lignes sous forme de conclusions.

La présence et le séjour des micro-organismes dans la bouche sont favorisés par diverses conditions : notamment le mode d'alimentation (lait, biberon), les déglutitions incomplètes, l'absence de soins de propreté, etc.

A ces causes extérieures viennent en aide d'autres conditions, dues soit à un état général, soit à un état local.

Les causes locales tiennent à la constitution anatomique de la cavité buccale.

On y rencontre un nombre considérable de replis et d'anfractuosités ; son épithélium très facile à entamer est sans cesse soumis à une rénovation continuelle de ses éléments.

Enfin tous les traumatismes de quelque nature qu'ils soient, brûlures, pression des aliments, succion, toux, etc. créent en ulcérant la muqueuse un terrain tout préparé.

Au point de vue physiologique pur, la bouche est une étuve présentant par sa température et les phénomènes physiologiques qui s'y passent des conditions très propices aux fermentations. A l'état normal l'alcalinité de la salive neutralise ces produits acides, mais qu'une cause quelconque vienne diminuer la sécrétion, l'acidité de la bouche devient

très nette, l'épithélium peut être légèrement excorié et présenter une moins grande résistance à l'envahissement microbien.

Enfin un cortège fort nombreux de causes générales vient aussi contribuer à diminuer la vitalité de cette muqueuse, soit en retentissant directement sur elle, comme le font les fièvres éruptives, les maladies à température élevée (fièvre typhoïde, pneumonie), soit par d'autres complications moins directes mais aussi fréquentes.

Dans ce dernier groupe, il convient de citer toutes les causes de débilitation et parmi elles, au premier rang, les affections du tube digestif qui jouent un rôle si important dans la pathologie infantile.

II

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE DE LA STOMATITE IMPÉTIGINEUSE.

Nous avons étudié la bouche chez l'enfant, en considérant les modifications qu'elle présente et qui peuvent en faire un milieu favorable au développement des stomatites de toute sorte, surtout de celles qui doivent leur existence à un microbe quelconque. Il nous reste à appliquer ces données à l'étude de la stomatite impétigineuse.

La concomitance de l'impetigo cutané, notamment de celui de la face, avait déjà inspiré à Comby (1) l'idée de désigner cette stomatite sous le nom d'impétigineuse.

Cette dénomination basée sur l'observation clinique seule

(1) *Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1888.

demandait à l'appui la découverte d'un même agent pathogène. La présence du même microbe dans les vésico-pustules de l'impétigo et dans les exsudats de la stomatite, permet, comme nous le verrons plus loin, d'en faire une maladie unique à localisations variées.

La démonstration de cette similitude pathogénique et étiologique, nécessite un rapide historique des recherches antérieures et récentes, qui nous permettent de conclure actuellement ainsi.

« Une dermatose *sui generis* caractérisée par la formation rapide de vésico-pustules de volume variable, superficielles, auto-inoculables dont le contenu se concrète en croûtes jaunâtres, mélitagreuses, caractéristiques et qui se terminent en peu de jours par une guérison complète sans cicatrices consécutives ». Telle est la définition que les auteurs les plus récents, notamment Brocq (1) donnent de l'impetigo.

Avant d'arriver à cet état de la science, nombreuses ont été les théories émises à ce sujet.

Les anciens auteurs, Willan, Gintrac, Alibert, l'ont tour à tour considéré comme un vice de constitution, une manifestation de l'herpétisme, de la scrofule (Bazin). Il faut arriver à Devergie (en 1857) pour voir apparaître l'idée de contagion. Avec Bazin, Tilbury Fox, Zit de Prague, admettent la même opinion et citent de nombreux cas de transmission.

La contagiosité acceptée, il fallait rechercher la cause, découvrir l'agent pathogène et l'utiliser pour reproduire expérimentalement les lésions de l'affection. Piffard, Vi-

(1) *Traitement des maladies de la peau*, Paris, 1890.

dal, Kohn, Dervevre de Bordeaux (1872-1885), citent de nombreux cas d'inoculation expérimentale à l'aide du pus et de suc de raclage ; ils signalent la présence de champignons et de spores qui pour eux sont des causes vraiment efficaces.

Avec Bockart (1886) (1), la question entre dans une voie nouvelle. Pour lui, l'examen bactériologique du pus de l'impetigo y dénote la présence constante des staphylocoques.

Zuckermann et Bousquet (2) entreprennent une série de recherches microscopiques et bactériologiques sur le pus de l'impetigo. Ce dernier auteur notamment en examinant et en cultivant les productions impétigineuses a rencontré des micro-organismes présentant constamment la même forme, c'étaient toujours des microcoques.

Des inoculations pratiquées par cet auteur avec le pus recueilli reproduisent des lésions analogues : vésico-pustules, furoncles, etc.

Sur huit cas types, il a trouvé dans ses cultures trois fois le staphylococcus aureus seul ou associé aux autres staphylocoques, 4 fois le staphylococcus cereus, 2 fois seul, 2 fois associé à l'aureus : 3 fois le staphylococcus albus, 2 fois seul, une fois avec l'aureus. Bousquet raconte le résultat d'une inoculation qu'il se fit sur son avant-bras gauche et obtint des résultats semblables à ceux de Bockart sans toutefois obtenir l'apparition de furoncles. Il isole ensuite le staphylococcus cereus albus de Passet, le cultive dans

(1) Ueber die Ätiologie and Therapie der Impetigo, der Furunke und der Syccosis. *Monatsch. für prakh. Dermatol.*, mai 1887.

(2) Th. de Bordeaux 89. *Étiologie de l'impetigo.*

du bouillon de veau et l'inocule à deux reprises sur la peau de l'avant-bras, dans aucun des deux cas il n'a observé le moindre phénomène sur la surface inoculée.

Il conclut ainsi du résultat de ses expériences : « sur les trois espèces de staphylocoques que nous avons trouvé dans le pus d'impétigo, deux seulement, l'aureus et l'albus sont pathogènes et ont constamment produit des pustules d'impétigo par leur pénétration dans l'épiderme ».

Dubreuilh de Bordeaux présente les mêmes conclusions que les auteurs précédents ; pour lui il n'existe qu'un seul impetigo, l'impétigo contagiosa bien caractérisé cliniquement, mais sans individualité étiologique, dû à l'inoculation intra-épidermique des microbes pyogènes, d'origine quelconque, le plus souvent des staphylocoques aureus, albus, associés ou séparés.

Les divers résultats que nous venons de citer nous semblent suffisamment démontrer la nature microbienne de l'impétigo ; avec ces données nouvelles, les nombreux cas de contagion et d'inoculation si fréquents chez les enfants s'expliquent avec la plus grande facilité. Il nous reste à connaître l'agent pathogène de la stomatite pour pouvoir conclure à la similitude des deux affections.

Les recherches bactériologiques nombreuses, faites pendant l'année précédente, dans le service de M. Sevestre par notre excellent interne et ami Gastou, démontrent nettement, comme nous allons le voir, la présence du staphylocoque dans les fausses membranes diphtéroïdes de la stomatite.

(1) Nature de l'impetigo et de l'eczéma impétigineux, *Annales de dermatologie et de syphil.*, 1890.

Des fragments de fausses membranes recueillis sur les lèvres ou dans la bouche et ensemencés sur des tubes de gélatine et d'agar donnent les résultats suivants.

Sur gélatine (1), dès le lendemain du jour de l'inoculation apparaît une colonisation sous forme d'un léger voile blanc semblable à une fine mousseline et parsemée de petits points blancs plus brillants, l'ensemble de la colonie prend l'aspect d'un clou. Le surlendemain la gélatine commence à se liquéfier et il se dépose à la limite des parties liquide et solide, une pellicule jaunâtre.

Vers le 7^e jour la gélatine est presque totalement liquéfiée, il reste au fond du tube un dépôt jaunâtre pulvérulent.

Sur agar, le développement se fait dès le premier jour et sur des tubes inclinés, avec inoculation en stries, il apparaît tout le long de la trainée, un bourrelet jaunâtre plus épais vers le fond du tube. Au 6^e jour, la colonie est complètement développée et se présente sous deux aspects : tantôt en raquette, tantôt encore sous forme d'ancre renversée.

L'examen au microscope sur préparations fraîches colorées au violet de gentiane ou sur préparations à sec avec le liquide de Ziehl, donne constamment, sous l'immersion homogène (Pc. n° 3, objectif Verich) les résultats suivants, comme nous le verrons dans les observations rapportées plus loin.

Nombreux microcoques immobiles, isolés, groupés deux par deux ou par amas en forme de grappes, groupement classique des staphylocoques.

Dans un cas on a trouvé en plus des staphylocoques de

(1) SEVESTRE et GASTOU, *loco citato*.

gros bacilles surajoutés, épais, longs, ressemblant à du bacillus subtilis.

Depuis ces résultats, communiqués en juin dernier à la Société médicale des hôpitaux, nous avons pu avec notre interne ensementer et cultiver le produit de cinq observations nouvelles, qui ont révélé à l'examen la présence dans les cultures du staphylococcus aureus seul ou associé avec l'albus.

Des inoculations tentées par M. Gastou sur la souris ont donné les résultats suivants :

L'injection faite à la racine de la cuisse droite a produit presque immédiatement un tremblement généralisé chez l'animal soumis à l'expérience, avec paralysie des membres postérieurs.

Au bout d'un quart d'heure la patte droite restait seule paralysée. Le lendemain, immobilité complète, perte d'appétit et mort le 3^e jour après la piqûre.

A l'autopsie on n'a trouvé aucune trace de l'inoculation, tous les organes étaient seulement fortement congestionnés. Ces inoculations semblent démontrer, selon nous, qu'il y a eu septicémie lente et mort par infection septique ; l'état des organes et l'absence de pus étant bien en rapport avec une septicémie. Il est d'ailleurs difficile de tirer des conclusions bien probantes de ces diverses recherches, attendu qu'elles ont été forcément incomplètes.

Les cultures du produit membraniforme des lésions de cette stomatite, révélant la présence constante des staphylocoques, nous semblent suffisantes pour lui donner une autonomie complète et justifier le nom de stomatite impétigineuse ; dénomination basée sur la concordance et

l'existence d'une même cause commune à la stomatite et aux lésions cutanées de l'*impetigo*.

Nous serons brefs sur les *conditions étiologiques prédisposantes*.

Les manifestations buccales de l'*impetigo* n'étant le plus souvent qu'une complication des lésions cutanées ou comme nous l'avons vu, une localisation spéciale, un véritable *impetigo* des muqueuses, la prédisposition est par suite identique.

On observe la stomatite indistinctement chez les enfants des deux *sexes*. La vulvite si fréquente chez les petites filles constitue peut-être pour elles un foyer de plus d'infection.

L'*âge* est une cause vraiment efficiente. Le maximum de fréquence paraît être d'après nos observations depuis 15 mois jusqu'à 5 ans.

Les tissus mous, la peau délicate de l'enfant, la multiplicité des conditions d'infection sont les causes de sa fréquence bien plus grande dans le jeune âge.

La *constitution* est aussi une véritable cause prédisposante. Les enfants débilités, les enfants à peau blanche et fine, à tempérament lymphatique et scrofuleux semblent tout particulièrement atteints et justifient l'opinion ancienne de Bazin sur l'apparition plus fréquente des *gourmes* chez les scrofuleux.

Les *saisons* présentent aussi quelque efficacité, presque toutes les observations que nous signalons ont été recueillies pendant la belle saison, printemps, été. Ce fait est facilement explicable par la plus grande fréquence des mani-

festations impétigineuses pendant cette période de l'année.

Les *conditions hygiéniques* telles que mauvaise alimentation, le défaut de propreté, la présence fréquente de parasites, les habitations insalubres sont également favorables à son développement.

A ces causes prédisposantes si variées, viennent encore se joindre les modifications créées *par un état général* morbide quelconque ; notamment : la rougeole, la coqueluche, le coryza chronique, les troubles gastro-intestinaux (dyspepsie habituelle, athrepsie, etc.) qui augmentent d'une façon notable les chances d'infection.

Ajoutons enfin que les réunions d'enfants, le séjour dans les crèches, les classes où ils se contagionnent entre eux par les contacts de bouche à bouche, les jouets, etc., représentent une des principales causes de dissémination et expliquent les épidémies consécutives d'école et de maison.

Comme nous l'avons vu, la cause vraiment déterminante est due à la présence et au développement du staphylocoque, soit que cet agent pyogène vienne directement du dehors, soit qu'il soit fourni par des lésions impétigineuses antérieures de la surface cutanée et parmi ces dernières, il convient de citer au premier rang les dactylites, les tourmoles qui expliquent si bien l'inoculation par contact.

L'impétigo de la face si fréquent chez l'enfant avec ses localisations diverses au nez, aux oreilles, à la conjonctive, la coïncidence de ces lésions avec les stomatites expliquent facilement une inoculation, tantôt par extension de voisinage, tantôt par auto-inoculation à l'aide des doigts, des vêtements, etc.

Enfin il est des cas en apparence spontanés (V. Comby, obs. III, VII et VIII) où l'impétigo débute sous forme de stomatite impétigineuse avec envahissement consécutif de la surface externe des lèvres, du visage, etc. et formation de croûtes en ces différents points.

Symptômes, marche et terminaison.

Nous empruntons à la communication de MM. Sevestre et Gastou à la Société médicale des hôpitaux la description de la stomatite impétigineuse.

« Cliniquement, cette stomatite se caractérise ainsi qu'il suit: elle affecte d'abord, et souvent d'une façon exclusive, la face interne des lèvres, parfois aussi en même temps certains points de la muqueuse buccale; dans ces points, et spécialement sur les lèvres, elle donne naissance à des plaques blanchâtres d'apparence diphtéroïde qui font corps avec la muqueuse ou du moins ne peuvent en être séparées sans déchirure et se transforment ensuite sur la partie de la lèvre exposée à l'air en croûtes sanguinolentes. Elle guérit ordinairement en six ou huit jours, et alors même qu'elle se prolonge un peu plus, elle ne présente aucun caractère de gravité.

Le début a lieu généralement sur les lèvres et plus spécialement sur la lèvre inférieure à droite ou à gauche de la ligne médiane: on voit apparaître en ce point, sur la partie muqueuse de la lèvre, au niveau du bord libre, de petites plaques opalines, demi-transparentes; d'abord assez ternes, visibles seulement à contre-jour, ces plaques ne tardent pas à présenter une épaisseur un peu plus grande et font une très légère saillie, elles ont alors une coloration d'un blanc grisâtre assez brillant, quelquefois légèrement jaunâtre et comme cireux. Elles sont très adhérentes et ne

peuvent être détachées de la muqueuse ; on fait sourdre du sang lorsqu'on cherche à les enlever avec la pince ou par le frottement au moyen d'un linge rude.

Ces plaques médianes sont généralement allongées et mesurent 5 à 6 millimètres de long sur 2 ou 3 de large ; on peut du reste en voir de semblables sur toute l'étendue de la lèvre ; mais après le voisinage de la ligne médiane, le siège le plus fréquent est aux commissures ; c'est au moins le point dans lequel elles persistent le plus longtemps. A la face interne de la lèvre, les plaques peuvent s'étendre plus ou moins loin, et vont parfois jusqu'au repli gingivo-labial, mais ne se développent pas sur les gencives.

A la lèvre supérieure, elles occupent surtout les deux sillons qui séparent le lobule médian des parties latérales ; elles sont ordinairement plus discrètes qu'à la lèvre inférieure, et se prolongent aussi moins loin.

On peut observer aussi, mais plus rarement, des plaques sur différents points de la muqueuse buccale et spécialement à la face interne de la joue, dans la région faisant suite aux commissures ; enfin, elles peuvent se montrer sur le palais, soit aux environs du siège habituel des plaques ptérygoïdiennes de l'athrepsie, soit sur le voile du palais, et jusque sur la luette ; en ce point les plaques sont généralement arrondies et parfois ovalaires, et présentent ordinairement des dimensions un peu plus grandes ; elles sont quelquefois réunies par leurs bords, de façon à ne former qu'une seule plaque à bords polycycliques.

Sur la langue, où elles se montrent d'ailleurs assez rare-

ment, elles sont au contraire plus petites, allongées, et occupent les bords au voisinage de la pointe.

Dans aucun cas, nous n'avons vu de plaques sur le pharynx ni sur les amygdales ; elles avaient toujours comme limite extrême les bords libres du voile du palais.

La maladie, considérée dans son ensemble, a généralement une évolution assez rapide ; les plaques se succèdent à de courts intervalles, l'éruption se faisant pour ainsi dire en un seul temps : une fois développées, les plaques persistent avec les mêmes caractères pendant trois, quatre, cinq jours, puis elles semblent diminuer d'épaisseur, se rétrécir, et disparaissent comme par une sorte de résorption ou d'élimination progressive. Au niveau des commissures, elles persistent plus longtemps, et laissent souvent après elles une fissure quelquefois assez difficile à guérir.

Sur le bord libre des lèvres, dans la partie exposée à l'air, les plaques se dessèchent rapidement et se transforment en croûtes noirâtres, constituées en partie par du sang desséché. Ces croûtes sont souvent arrachées par les enfants, ou bien elles se fendillent et saignent aux moindres mouvements, à l'occasion des cris ou d'un examen médical, même fait avec la plus grande douceur.

La lèvre est toujours plus ou moins tuméfiée ; la muqueuse buccale, au voisinage des plaques, présente aussi une sorte de bouffissure et une vascularisation anormale, si bien qu'elle saigne au moindre contact ; la langue est, en général, simplement saburrale. L'haleine ne présente pas de fétidité particulière, à moins qu'il n'y ait en même temps quelques dents cariées ou une gingivite un peu prononcée.

Les plaques siégeant sur la muqueuse ne déterminent pas de douleur bien appréciable ; mais lorsque les lèvres sont fendillées et recouvertes de croûtes, les moindres mouvements sont douloureux ; l'alimentation peut alors devenir assez difficile.

Les ganglions lymphatiques correspondants ne sont que peu tuméfiés, au moins du fait de la stomatite ; mais la maladie peut se développer chez des enfants qui présentaient antérieurement un certain degré d'engorgement.

Dans certains cas il existait un peu de fièvre, mais qui paraissait indépendante de la stomatite, le plus souvent d'ailleurs il n'y avait pas trace de fièvre.

La stomatite que nous venons de décrire se voit surtout chez des enfants débilités, dont la nutrition générale est plus ou moins défectueuse ou qui souffrent de troubles gastro-intestinaux ; elle est particulièrement fréquente à la suite ou dans le cours de la rougeole ou de la coqueluche, mais elle peut être observée indépendamment de ces maladies.

La marche de l'affection tient essentiellement à l'état général, à l'existence ou l'absence de traitement. Chez un enfant débilité avec troubles gastro-intestinaux nous avons vu ces lésions buccales s'éterniser et alterner avec des poussées nouvelles de vésico-pustules cutanées. Habituellement la maladie persiste environ 8 à 12 jours et ce délai peut encore être diminué à l'aide du traitement. Sous cette influence, on voit alors les ulcérations se déterger, leur coloration devenir plus vive et la cicatrisation se faire peu à peu, il ne reste bientôt plus qu'une petite surface indiquant à peine par sa coloration plus marquée le siège des lésions

préexistantes. On peut quelquefois observer des rechutes, si l'état général n'est pas modifié, et surtout s'il survient de nouvelles localisations cutanées, causes de nouvelles inoculations. La seule complication observée est la difficulté de la succion et de la mastication, et par suite un affaiblissement plus ou moins grand ; nous n'avons jamais vu de lésions surajoutées même au pavillon de diphtérie ; les enfants, il est vrai, étaient soumis à des lavages fréquents de la bouche et surveillés étroitement.

Anatomie pathologique.

L'étude anatomo-pathologique de la stomatite impétigineuse présente peu d'intérêt ; dans les trois autopsies rapportées dans nos observations, nous avons trouvé des lésions surajoutées, banales, dues principalement à la broncho-pneumonie. Il est impossible de tirer une conclusion de ces faits.

Nous avons décrit précédemment la nature des lésions buccales et le résultat des recherches microscopiques ; cette lésion est toute locale et aboutit à la formation d'une pseudo-membrane absolument analogue à celle de la diphthérie. La muqueuse sous-jacente est ulcérée et présente les caractères habituels des inflammations des muqueuses.

Ici, comme dans la plupart des maladies, ce n'est pas la lésion qui est spécifique mais la cause de la maladie.

L'examen des viscères fait par M. Gastou n'a révélé rien de bien caractéristique. Des coupes du foie, de la rate, des reins et surtout des amygdales ont montré de nombreux groupes de staphylocoques siégeant surtout autour des capillaires artériels et dans les espaces conjonctifs, mais sans localisation particulière et constante de ces amas. Du reste les pièces provenaient d'un petit malade qui pendant de longs mois avait, consécutivement à la rougeole, été soumis à ces causes nombreuses de dénutrition et qui présentait avec un impetigo rebelle, de la diarrhée et des poussées successives de broncho-pneumonie.

La plupart des viscères offraient une dégénérescence graisseuse avancée et par places des altérations, des dégénérescences colloïdes et amyloïdes de leurs cellules. Dans les reins en particulier, les canalicules montraient un gonflement trouble et granuleux de leur épithélium de revêtement.

Ces recherches ont été faites dans le but de savoir si les lésions buccales de l'impetigo ne pourraient pas, à l'exemple des suppurations cutanées, donner naissance à un état infectieux plus ou moins grave avec lésions viscérales consécutives. Comme nous l'avons vu précédemment, l'examen au microscope de fragments de viscères, a montré une fois la présence du staphylocoque. Malgré cela, il nous est impossible de tirer une conclusion bien nette des résultats obtenus, les lésions surajoutées étant, dans les cas en question, trop nombreuses pour pouvoir préciser ce qui revenait à chacune d'elles ; d'autre part le staphylocoque pouvant fort bien se développer dans les viscères peu de temps après la mort.

Diagnostic.

Nous abordons ici un chapitre hérissé des plus grosses difficultés et néanmoins de la plus haute importance. Si la stomatite impétigineuse présente quelque intérêt, c'est bien surtout par son diagnostic et son pronostic. Comme nous le verrons par la suite, une des plus fréquentes erreurs peut à l'hôpital conduire l'enfant au pavillon de diphtérie, avec les dangers consécutifs de la contagion.

En ville, le diagnostic est non moins important, à cause des mêmes mesures de prophylaxie et à cause surtout du pronostic qui reste constamment sans gravité.

Y a-t-il stomatite ? Telle est la première question à résoudre au début d'un examen.

La rougeur de la muqueuse, les ulcérations, les dépôts membraniformes, les ganglions voisins plus ou moins envahis, les sensations de dégoût et de brûlure racontées par le petit malade ou par la mère, la salivation souvent intense, etc., permettent vite un diagnostic affirmatif.

Quelle est la nature de cette stomatite ? Avec quoi peut-on la confondre ?

Ces deux points constituent un second problème beaucoup plus délicat et plus complexe.

Nous éliminerons dès au début, un groupe de stomatites, qui par leur rareté, l'absence de dépôts blancs, permettent difficilement une erreur avec celle qui nous occupe. Nous voulons parler des stomatites dues aux traumatismes,

aux brûlures, à l'ingestion de médicaments : mercure, tartre stibié, etc.

Cette variété étant écartée, nous trouvons dans la cavité buccale chez l'enfant deux sortes de lésions : *des stomatites* proprement dites et *des ulcérations*. Ces dernières le plus souvent chroniques dues à des causes variées dépendant d'un état général plus ou moins mauvais. Nous admettrons cette grande division comme plan d'étude.

Le tableau suivant résume notre chapitre du diagnostic et nous permet de passer facilement en revue toutes les principales lésions buccales qui peuvent simuler la stomatite impétigineuse chez les enfants, notre but étant de faire un diagnostic aussi complet que possible.

I. — <i>Stomatites proprement dites.</i>	A. Stomatites idiopathiques spontanées.	a).	Stomatite érythémateuse.
		b).	— pultacée.
		c).	— herpétique.
		d).	— crèmeuse ou muguet.
		e).	— aphteuse.
		f).	— ulcéro - membraneuse.
		g).	— gangréneuse.
		h).	— diphtéritique.
	B. Stomatites compliquant une affection primitive.	a).	Stomatite varicelleuse.
		b).	— varioloïde.
		c).	— rubéolique.
		d).	— scarlatineuse.
		e).	— ourlienne.
		f).	— dans la fièvre typhoïde et dans la pneumonie
		g).	Stomatite urémique.
II. — <i>Ulcérations buccales.</i>	a).	Ulcérations syphilitiques.	
	b).	— dans la coqueluche.	
	c).	— tuberculeuses.	
	d).	— desquamatives épithéliales de la langue.	
	e).	— dans l'athrepsie.	

Stomatites proprement dites.

A. — STOMATITES IDIOPATHIQUES SPONTANÉES.

a) *Stomatite érythémateuse.* — La stomatite érythémateuse est la plus fréquente des stomatites infantiles, elle est souvent due à la sortie des dents, surtout si l'éruption est laborieuse et difficile. Quelquefois aussi, elle accompagne les oreillons. A ce point de vue, nous l'étudierons au groupe des stomatites secondaires.

Rattachée au travail de dentition seulement, c'est plus souvent une gingivite qu'une stomatite proprement dite.

Il est bien difficile de confondre l'ulcération toute localisée qu'elle occasionne avec les lésions de l'impetigo. Quelquefois cependant la tuméfaction et la rougeur primitivement situées au niveau de la gencive peuvent s'étendre et gagner le reste de la cavité buccale. Elle peut aussi être accidentellement accompagnée de dépôts pultacés, d'herpès, d'aphtes, surtout de muguet et attirer l'attention. Nous la signalerons ici surtout pour lui donner rang dans la pathologie infantile au nombre des stomatites spontanées, car l'erreur est difficile.

b) *Stomatite pultacée.* — Beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, elle succède quelquefois au travail de dentition, quelquefois à l'action du froid ou à l'ingestion d'aliments trop chauds. Comby dit à ce propos (1) : « en

(1) *Revue des maladies de l'enfance*, septembre 1888.

somme elle s'observe dans les mêmes circonstances étiologiques que la précédente ; elle présente dans l'échelle inflammatoire probablement, sinon certainement, un degré de plus ».

Le début est le plus souvent insidieux. Quelquefois des symptômes généraux plus ou moins graves, sentiment de malaise, courbature, frissons, ouvrent la scène. Du côté de la cavité buccale, on observe de la sécheresse à laquelle succèdent un sentiment de cuisson douloureux et une soif très vive avec gêne de la déglutition. Jamais on n'observe comme dans certaines variétés la fétidité de l'haleine ou l'engorgement des ganglions.

Bientôt toute la muqueuse des gencives, des joues, de la langue, injectée, rouge lie de vin, se recouvre, cela en quelques heures, d'un exsudat crèmeux, opalin, qui, au premier aspect, présente la plus grande analogie avec le muguet et simule assez bien une muqueuse touchée au nitrate d'argent. Ces plaques blanchâtres se détachent avec la plus grande facilité ; elles sont formées de détritux épithéliaux, de leucocytes et de fibrine amorphe. Cet exsudat recouvre rarement de grandes surfaces, il est comme disséminé par îlots plus ou moins étendus.

L'inflammation est ici toute superficielle, la muqueuse n'est pas tuméfiée, elle est au contraire lisse, luisante, comme amincie, les papilles ont disparu.

L'apparition du dépôt est le plus souvent très rapide et sa disparition très lente. Il s'enlève très facilement, (il suffit en effet de passer le doigt sur la gingivite pultacée pour la transformer en gingivite érythémateuse simple) mais se reproduit presque instantanément, et souvent cette stoma-

tite résiste longtemps aux traitements les plus variés.

Ses symptômes généraux, son exsudat plutôt crêmeux que membraniforme, l'aspect luisant mais non ulcéré de la muqueuse sous-jacente éviteront une erreur de diagnostic qui pourrait seulement avoir lieu par suite d'un examen superficiel.

c) *Stomatite herpétique*. — Très fréquent chez les enfants, l'herpès buccal est souvent accompagné d'herpès guttural et labial ; cependant, dans certains cas, il est localisé à la cavité buccale. Quelquefois limité à un côté de la bouche, il simule le zona ; le plus souvent il atteint irrégulièrement la langue, le palais, les gencives, les joues et les lèvres.

Les signes fonctionnels sont ceux de toutes les stomatites : salivation, douleur, etc.

A l'examen de la bouche, après la période vésiculaire qu'on voit rarement, on observe des lésions variables : ce sont des ulcérations offrant les dimensions d'une tête d'épingle, quelquefois plus étendues, serpigineuses par la réunion de plusieurs d'entre elles. Quelle que soit leur forme, elles sont peu profondes, de niveau avec la muqueuse, tantôt rouges par suite de la disparition de l'épithélium, tantôt recouvertes d'un détritrus jaunâtre. Enfin un signe presque constant, c'est l'existence concomitante d'herpès sur les lèvres et sur les amygdales.

Cette stomatite présente de grandes ressemblances avec la stomatite impétigineuse. La coexistence d'impetigo labial et d'herpès buccal, comme dans l'observation que nous rapportons plus loin, peut rendre le diagnostic bien difficile.

Néanmoins outre les croûtes qui existent presque tou-

jours sur un point quelconque du tégument, les ulcérations de l'herpès buccal sont plus arrondies, moins étendues que celles de l'impetigo, l'exsudat membraniforme fait défaut, enfin la présence de vésicules sur les lèvres rend dans ces cas spéciaux les plus grands services.

d) *Stomatite crémeuse. Muguet.* — Le muguet présente quelques traits de ressemblance avec la stomatite impétigineuse, soit qu'il existe seul, soit, comme cela arrive fréquemment, qu'il se greffe sur des lésions antérieures.

Dans cette affection, la muqueuse buccale est d'abord rouge, bientôt elle se recouvre de points blanchâtres qui présentent deux grands caractères fondamentaux : leur coloration et leur adhérence presque nulle à la muqueuse sous-jacente. Ces points sont formés par un dépôt d'un blanc éclatant, quelquefois devenu jaune ou brun sous l'influence de l'air et présentant une consistance analogue à celle du fromage mou.

Au début, les taches sont limitées, elles se présentent sous l'aspect de points blancs isolés, puis elles s'étendent et recouvrent plus ou moins complètement la langue, les gencives, les lèvres, la face interne des joues. Par un léger frottement, elles s'enlèvent facilement et laissent à nu une muqueuse rouge, luisante, mais non ulcérée, grand signe distinctif d'avec la stomatite impétigineuse. Valleix (1) a signalé cependant une forme grave avec destruction partielle de la muqueuse buccale et quelquefois des ulcérations plus ou moins profondes qui peuvent obscurcir le diagnostic.

La présence plus fréquente chez les nouveau-nés, l'exis-

(1) Cité par D'ESPINE et PICOT, *Manuel des maladies de l'enfance*, 1889.

tence d'un cortège de symptômes significatifs facilitent le diagnostic, soit, en effet, qu'il complique une affection aiguë, telle que pneumonie, pleurésie, scarlatine, fièvre typhoïde, etc., soit qu'il naisse chez des enfants mal nourris, athrepsiques ou se trouvant dans des conditions hygiéniques mauvaises ou défectueuses ; il s'accompagne, en effet, presque toujours de diarrhée, qui, d'abord jaunâtre, devient ensuite verte et acide. Ces diverses complications n'existent pas ou sont moins développées dans l'impetigo buccal.

Le microscope peut être d'un grand secours dans les cas douteux. On trouve, en effet, lorsqu'on examine les concrétions blanchâtres recueillies sur la muqueuse buccale d'un enfant atteint du muguet, au milieu d'un grand nombre de cellules épithéliales pavimenteuses, les spores et le mycélium d'un champignon que Robin adécrit sous le nom d'*oidium albicans*. Son étude et sa description se trouvent dans tous les auteurs ; nous rappelons seulement l'utilité de cette recherche pour assurer un diagnostic hésitant.

e) *Stomatite aphteuse*. — Les caractères de la stomatite aphteuse diffèrent peu de celle qui nous occupe, c'est surtout par les signes fonctionnels et le cortège général que se fera le diagnostic. Souvent c'est un état fébrile qui ouvre la scène, état fébrile généralement peu accentué, mais s'accompagnant d'une sensation de chaleur ardente dans la bouche, d'une soif intense. Chez les jeunes enfants on observe souvent des troubles gastro-intestinaux.

L'examen de la bouche révèle alors, au début, l'existence de points rouges épars sur la muqueuse ; sur ces points apparaissent bientôt des vésicules d'un blanc grisâtre.

Généralement au nombre de huit ou dix, elles occupent des points de prédilection. La face interne des lèvres, le sillon gingivo-labial, la pointe de la langue sur les bords et au niveau du frein, sont les régions affectées de préférence.

Quelquefois, mais plus rarement, elles siègent au niveau des gencives, des piliers du voile du palais et la luette.

Les vésicules s'entourent en quelques jours d'une auréole rouge, la muqueuse se boursoufle en formant pour ainsi dire un cercle d'isolement, bientôt l'aphte se rompt et donne lieu à une ulcération.

Ces ulcérations sont le plus souvent arrondies, quelquefois ovalaires, comme produites à l'emporte-pièce et légèrement indurées sur leurs bords, leurs dimensions varient depuis le volume d'une grosse tête d'épingle, d'un petit pois, pour atteindre quelquefois l'étendue d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes.

Le fond de l'ulcération est recouvert de fausses membranes grisâtres ou jaunâtres, sorte d'exsudat pelliculaire que l'on peut enlever par une friction énergique, la muqueuse sous-jacente apparaît alors rouge et souvent saignante. Telle est la forme discrète de la stomatite aphteuse.

Lorsque ce cortège classique a pu être suivi dès le début, les symptômes généraux, la douleur si caractéristique qui entrave la succion et la mastication, l'examen attentif des ulcérations, taillées à pic, à l'emporte-pièce, facilitent considérablement le diagnostic. Si, au contraire, l'examen a lieu au moment où l'exsudat pelliculaire est formé, outre qu'elles accompagnent volontiers les autres lésions buccales, en modifiant de tous points l'aspect primitif, les aphtes peuvent fréquemment donner lieu à confusion. Néanmoins

dans l'impetigo, outre la présence des croûtes sur les lèvres et la figure, les ulcérations sont plus étendues, irrégulières, moins profondes, l'exsudat est plus abondant, très adhérent à la muqueuse, enfin les troubles généraux font absolument défaut.

Outre cette forme discrète, la plus commune, les aphtes deviennent quelquefois confluents, les points envahis sont alors criblés d'ulcérations. Cette stomatite aphteuse confluente, fréquente en Hollande, est ordinairement symptomatique et consécutive à un état général plus ou moins grave. Ici les phénomènes généraux sont intenses, la fièvre est vive, le malade tombe souvent dans un état ataxique ou ataxo-adynamique qui l'emportent. Ce cortège général grave, n'existant jamais dans la stomatite impétigineuse, réuni à la rareté de cette forme en France, suffira le plus souvent pour confirmer le diagnostic.

Les cultures de l'exsudat des ulcérations ont jusqu'à ce jour donné peu de résultats, et en cas de doute la pratique du microscope ne peut dans l'état actuel de nos connaissances servir au diagnostic. Néanmoins la coïncidence d'épidémies d'aphtes chez l'homme ou l'enfant, avec les épizooties de fièvre aphteuse ou cocotte chez les bovidés, signalée depuis longtemps déjà et tout récemment encore par M. Ollivier, médecin de l'hôpital des Enfants-malades (1), tendent à démontrer la nature microbienne de cette affection. « Il est difficile, dit M. Ollivier, de ne pas admettre qu'une maladie transmissible est d'origine parasitaire, mais il est également difficile à propos de la fièvre aphteuse de soupçonner quel peut être le parasite. Frænkel a trouvé

(1) La fièvre aphteuse des vaches laitières et la stomatite aphteuse chez les enfants (*Rev. des malad. de l'enfance*, janv. 1892).

le staphylococcus pyogenes citreus de Passet et le staphylococcus de Rosenbach. Ni l'un ni l'autre n'ont rien de spécifique ».

f) *Stomatite ulcéro-membraneuse*. — Ici, ce sont les symptômes généraux qui ouvrent la scène, véritables prodromes qui peuvent précéder de quelques jours l'apparition des symptômes locaux. Bientôt la salivation devient abondante, l'haleine est fétide, la mastication douloureuse. Si l'on regarde alors les gencives, on les trouve rouges et violacées, témoignant d'une injection générale ou partielle de cette membrane. Par la suite la gencive se ramollit, devient fongueuse, saignante et s'ulcère. D'abord très superficielle, très circonscrite, l'ulcération s'étend rapidement en surface et en profondeur (1), elle se recouvre d'une bouillie grisâtre et comme plâtreuse, les dents se déchaussent et le tartre vient se mêler au pus et à la salive. D'abord limitées aux gencives, les lésions gagnent les lèvres et la région inter-maxillaire de la face interne des joues, très rarement le voile du palais et les amygdales. Ces sont d'abord de petites plaques jaunâtres qui, par leur réunion, constituent bientôt une bande continue, superposée aux ulcérations gingivales. Ces dernières ont des bords irréguliers et festonnés, livides et sanguinolents. L'enduit gris-jaunâtre repose sur une muqueuse irrégulièrement ulcérée, d'une couleur lie de vin.

Ces ulcérations, et ce sont là des signes caractéristiques, sont presque toujours unilatérales, et n'envahissent jamais la voûte palatine. Elles sont aussi plus marquées sur la lèvre inférieure que sur la supérieure.

Les symptômes fonctionnels sont assez nets; outre

(1) BERGERON, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Art. Stomatites, p. 75.

les signes habituels des stomatites, on trouve ici des caractères spéciaux : l'haleine exhale une odeur fétide, on voit quelquefois survenir des nausées, des vomissements, enfin, dans quelques cas, une prostration, dont la physionomie, aussi bien chez les enfants que chez les soldats, porte l'empreinte bien marquée.

Comme pour la précédente, on a recherché le microbe pathogène dans la bouche d'enfants atteints de cette stomatite ; mais jusqu'ici les efforts ont été peu fructueux.

Pasteur avait cru d'abord reconnaître une spirille dans la bouche d'enfants atteints de stomatite. Netter a recherché de nouveau cette spirille ; il avait cru la retrouver, mais les inoculations faites avec la culture de ce microbe ne lui ont fourni aucun résultat positif.

Frühwald (1) a trouvé diverses espèces de microbes de dimensions différentes se présentant au microscope sous la forme de leptothrix ou de spirille. Il cite notamment un bacille dégageant une odeur de putréfaction rappelant l'haleine des gens atteints de stomatite ; les résultats des inoculations faites aux animaux ne permettent pas encore de conclure que cet organisme est bien l'agent spécifique de la stomatite ulcéro-membraneuse et, dans l'état actuel de la science, ne peuvent être d'aucun secours pour le diagnostic. Il se fera donc seulement par l'examen clinique et sera basé sur les grands symptômes spéciaux : la localisation au bord libre des gencives et à la région intermaxillaire de la joue, la fétidité si caractéristique de l'haleine, les ganglions sous-maxillaires envahis, enfin

(1) FRUHWALD, Ueber Stomatitis ulcerosa (*Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung*, 1889, p. 200).

l'œdème de la joue et des lèvres et surtout le cortège de phénomènes généraux qui manque totalement dans l'impétigo.

g) *Gangrène de la bouche*. — La stomatite que nous avons étudiée n'offre aucune analogie avec le noma, qui d'ailleurs est devenu si rare qu'un éminent médecin d'enfants, Bergeron, répondait à un étudiant lui demandant des observations pour sa thèse : « Votre thèse sera courte, elle contiendra cinq mots : le noma n'existe plus ». Nous ne rappelons ici cette stomatite que pour rendre notre chapitre aussi complet que possible.

La marche des lésions est toute différente. En effet le noma est une affection presque toujours secondaire, survenant surtout à la période de déclin dans les formes graves de la rougeole, quelquefois aussi dans la scarlatine, la coqueluche, la diphtérie, dont elle devient une redoutable complication.

Au début on aperçoit une phlyctène à la face interne de la joue ou sur la lèvre inférieure, cette phlyctène crève bientôt et laisse à sa place une ulcération grise à fond putrilagineux.

La joue se tuméfie, la peau devient rouge, plus violette et noire en un point. La salivation est abondante, sanguinolente, mêlée de lambeaux gangrénés de la muqueuse.

Après trente ou quarante-huit heures l'eschare perfore la joue, envahissant le nez, les paupières, le menton, quelquefois le cou, transformant la face en une horrible cavité fétide et pleine de débris putrilagineux, etc. Enfin la mort survient le plus souvent soit par épuisement ou infection, soit par

quelque complication : gastro-entérite, diarrhée, broncho-pneumonie, hémorrhagie, etc.

Ce tableau ne ressemble en rien aux lésions buccales de l'impétigo ; nous n'insisterons donc pas plus longtemps sur son étude différentielle.

h) *Stomatite diphtéritique*. — Le diagnostic en est très délicat et hérissé des plus grosses difficultés. Nous pensons avec notre maître M. Sevestre (1), que si cette maladie n'a guère été individualisée jusqu'ici, c'est parce qu'on l'a toujours rattachée à la diphtérie dont elle représente souvent une forme bénigne.

Cliniquement, la stomatite diphtéritique diffère par de nombreux traits que nous essaierons de mettre en relief sous forme de parallèle.

Les symptômes fonctionnels généraux et locaux, au moins lorsque la stomatite est la première manifestation de la diphtérie, présentent peu de traits différentiels. En effet, dans l'une comme dans l'autre, la fièvre est généralement peu élevée, la douleur fait défaut ou du moins elle n'est pas aiguë, il y a peu de salivation.

Le début, qui malheureusement passe souvent inaperçu, n'est pas le même dans les deux affections. Dans la diphtérie on observe d'abord une rougeur plus ou moins intense de la muqueuse, à laquelle succède rapidement le dépôt membraniforme. Dans l'impétigo, ce sont de petites plaques opalines demi-transparentes, d'abord ternes, visibles seulement à contre-jour et présentant par la suite une épaisseur de plus en plus grande.

Le point de départ des lésions paraît également différent.

(1) *Loco citato*.

C'est surtout aux commissures et en empiétant un peu sur la lèvre inférieure que se montrent les lésions de la diphthérie. Dans l'impétigo, au contraire, elles paraissent le plus souvent débiter par la lèvre inférieure à droite et à gauche de la ligne médiane. A une période plus avancée, les fausses membranes croupales s'étendent, gagnent la joue, la langue, le voile du palais, la luette et enfin atteignent les amygdales et la paroi du pharynx. L'impétigo affectionne, comme siège de prédilection, les lèvres et les replis gingivo-buccaux ; dans les cas où il s'étend plus loin il reste toujours localisé à la muqueuse buccale sans jamais dépasser le bord libre du voile du palais.

Le mode d'extension des plaques est également variable. L'impétigo ne s'étend pas comme le fait la diphthérie ; l'éruption apparaît pour ainsi dire en un seul temps, et l'on n'observe presque jamais d'envahissement progressif. L'examen attentif des plaques révèle des dissemblances fort utiles. Dans la diphthérie elles sont peut-être plus blanches, s'étendent en nappes irrégulières et semblent bientôt comme enchâssées par l'épithélium environnant. Mais que l'on vienne à les arracher, on voit que la muqueuse qu'elles recouvraient est intacte ou seulement injectée, le plus souvent elle semble simplement un peu dépolie. Les plaques de l'impétigo présentent peu de différences comme coloration, mais elles sont très adhérentes et ne peuvent être détachées de la muqueuse sans effraction.

Si l'on cherche à les enlever avec la pince ou par un frottement quelconque, on fait sourdre facilement quelques gouttes de sang.

Enfin les ganglions sous-maxillaires sont indemnes ou

peu tuméfiés, et cette tuméfaction ne paraît pas d'ailleurs être le fait de l'impétigo ; dans la stomatite diphtéritique, ils sont presque constamment affectés et alors tuméfiés et énormes, souvent sensibles et comme perdus dans l'œdème de la région.

Tels sont les grands traits distinctifs des deux affections ; dans les cas douteux, notamment dans les cas de stomatites pures sans lésions pharyngées, l'envoi de l'enfant dans une chambre spéciale, isolée, s'impose, et il serait à désirer que ces chambres d'isolement fussent plus nombreuses dans les hôpitaux d'enfants ; alors, la marche des deux affections sera très diverse. Dans l'impétigo, pas de tendance à l'extension : les lésions guérissent vite, presque par enchantement, à l'aide d'un traitement rationnel. Dans la diphtérie, au contraire, la stomatite reste rarement, dès le début et jusqu'à la fin, un accident isolé ; le plus souvent la diphtérie buccale ouvre la marche des complications graves, et bientôt surviennent l'angine et la laryngite diphtéritique qui font disparaître toute hésitation.

L'examen bactériologique est ici de la plus haute importance, et dans les cas douteux confirme d'une manière positive un diagnostic hésitant. Comme nous le savons aujourd'hui, grâce aux recherches de Loeffler et de MM. Roux et Yersin, la fausse membrane diphtéritique est toujours le résultat de l'action du bacille de Loeffler ; la stomatite diphtéroïde est due au contraire au staphylocoque.

Armé du microscope, on peut alors poser et résoudre presque instantanément ce redoutable problème, si grave dans sa solution et ses conséquences : il y a des bacilles de Loeffler, alors diphtérie, et pronostic grave. Si au contraire

il n'y a pas de bacilles de Lœffler, mais du staphylocoque, c'est de la stomatite impétigineuse et alors le pronostic est le plus souvent d'une grande bénignité.

B. — STOMATITES COMPLIQUANT UNE AFFECTION PRIMITIVE.

Nous serons bref sur les stomatites secondaires qui accompagnent un état aigu, les commémoratifs, les signes généraux concomitants ou antérieurs, rendent généralement le diagnostic facile. Néanmoins ce diagnostic s'impose, car l'impétigo buccal peut fort bien accompagner un état aigu quelconque et surajouter ses lésions aux lésions préexistantes.

a) *Stomatite varicelleuse*. — La varicelle s'accompagne fréquemment d'un exanthème buccal (1). Les vésicules de la muqueuse siègent volontiers au voile du palais, elles sont le plus souvent discrètes et alors les symptômes spéciaux dus à la stomatite passent inaperçus. Ce sont surtout les formes intenses dans lesquelles les lésions buccales l'emportent sur les autres manifestations de la maladie qui pourraient prêter à confusion.

Dans ces derniers cas, la muqueuse est tuméfiée, rouge et saignante par places ; on observe rarement la période dite vésiculeuse, le plus souvent les vésicules sont ulcérées lors de l'examen de la bouche et on trouve alors une stomatite ulcéreuse dont l'expression symptomatique varie depuis la simple érosion jusqu'à la tache blanche des aphthes. Ces ulcérations sont superficielles, arrondies, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, tantôt of-

(1) COMBY, *Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1888.

frant un fond rose luisant à bordure bien nette, tantôt recouverte d'un dépôt blanc-jaunâtre s'enlevant facilement et laissant à nu une surface à peine déprimée et saignante.

Ces lésions siègent non seulement sur la voûte palatine, mais aussi sur la face interne des lèvres, les gencives, la langue, et quelquefois tous les points de la muqueuse buccale. Presque toujours isolées, elles sont quelquefois juxtaposées, mais jamais on ne les voit en plaques plus ou moins étendues, serpigneuses ou déchiquetées.

L'existence possible de manifestations buccales varicelleuses sans exanthème cutané ou avec un exanthème atténué, la similitude avec les ulcérations aphteuses, la coexistence signalée par Rondet (1), lors d'une épidémie de varicelle à Bordeaux, d'aphtes très nombreux dans les milieux varicelleux, font penser que certaines stomatites aphteuses sont peut-être des varicelles ignorées.

Ces lésions buccales varicelleuses, compliquées ou non d'aphtes, présentent de grands traits de ressemblance avec la stomatite impétigineuse. A défaut de l'exanthème, l'aspect plus superficiel des érosions, leur forme arrondie permettent de les différencier des ulcérations de cette stomatite qui sont plus nombreuses, plus larges par la réunion de plusieurs d'entre elles et surtout par leurs contours irréguliers et déchiquetés.

b) *Stomatite varioloïde*. — Les manifestations buccales de la variole se rapprochent beaucoup de celles de la varicelle, la muqueuse est peut-être plus rouge, plus tuméfiée, les pustules d'abord plus nombreuses s'étendent quelque-

(1) Stomatites et angines dans la varicelle, *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 1889.

fois jusqu'à la paroi du pharynx. La mastication est plus douloureuse, la salivation plus abondante. L'éruption cutanée fera faire le diagnostic.

c) *Stomatites dans la rougeole.* — Quelques auteurs, notamment Julien (1), et tout récemment Guinon (2), décrivent comme complication de la rougeole une variété de stomatite fréquente dans les milieux infectieux et présentant des caractères identiques à celle que nous avons étudiée. M. Sevestre (3), qui a observé fréquemment cette stomatite compliquant la rougeole, à l'hôpital des Enfants-assistés, n'hésite pas à en faire une infection secondaire à la rougeole et ne différant en rien de la stomatite impétigineuse. Duprey (4) dans une thèse inspirée par M. Legroux, sur les localisations de l'impétigo chez l'enfant, admet que la rougeole prédispose nettement aux manifestations impétigineuses. Pour lui, cette prédisposition tient à deux causes : la rougeole, dit-il, agit alors en débilitant l'organisme, en préparant le terrain ; en second lieu, la rougeole par son action marquée sur les muqueuses les prédispose à la pénétration par les micro-organismes.

C'est en somme la même maladie, dont nous n'avons pas à faire le diagnostic.

En plus de cette complication, il existe dans la rougeole une stomatite érythémato-pultacée qui mérite quelques lignes de description. Au début, quelquefois la veille ou l'avant-veille du début de l'exanthème, apparaissent sur le voile du palais de petites taches rosées saillantes, séparées

(1) *Loco citato.*

(2) *Loco citato.*

(3) *Études de clinique infantile*, Paris, 1890.

(4) Thèse de Paris, 1891.

par des intervalles de muqueuse saine, en un mot une éruption semblable à celle de la peau. Bientôt elle se généralise ; toute la muqueuse buccale est rouge, tuméfiée, saignante et recouverte d'un enduit saburral plus ou moins épais, dû à de petits dépôts blanchâtres épithéliaux ; (D^r Carret) (1), la langue se desquame sur une assez grande étendue.

Quelquefois des accidents surajoutés à l'infection rubéolique, tels que stomatite aphteuse, herpétique, ulcéreuse, diphtéritique, viennent compliquer le diagnostic (2).

Dans les cas non compliqués, les lésions plus superficielles et plutôt desquamatives qu'érosives, les exsudats blanchâtres moins abondants, faciles à détacher, enfin l'apparition de l'exanthème cutané permettront, malgré les caractères de parenté, un diagnostic le plus souvent facile.

d) *Stomatite dans la scarlatine.* — La stomatite dans la scarlatine n'est le plus souvent que la complication d'une angine intense.

Ces angines scarlatineuses ont été tout récemment étudiées par Bourges (3) : cet auteur divise les angines de la scarlatine en trois grandes catégories : angines érythémateuses, pseudo-membraneuses, précoces ou tardives et gangréneuses. C'est seulement par extension que l'on observe une stomatite dans ces cas particuliers. La variété la plus fréquente est la stomatite érythémateuse. On observe alors la muqueuse de la cavité buccale rouge et saignante, ulcérée par places.

(1) D^r CARRET, *Quelques considérations sur la rougeole des enfants*. Th. de Paris, 1871.

(2) CAUBET, *Essai sur les manifestations buccales de la rougeole chez l'enfant*. Th. de Paris, 1889.

(3) Thèse de Paris, 1891. *Angines dans la scarlatine*.

Le plus souvent c'est au début de la maladie, alors que l'infection scarlatineuse s'annonce par une température élevée, céphalalgie, vomissements, que se montrent les symptômes de la complication buccale. L'enfant accuse une sécheresse prononcée, déglutition pénible, etc. Toute la muqueuse buccale, surtout celle des lèvres et de la voûte palatine, est rouge sombre, violacée, saignant facilement. Les amygdales sont tuméfiées; la luette œdématiée. La langue présente d'abord un dépôt blanc-jaunâtre en son milieu, ses bords et sa pointe sont d'un rouge vif, bientôt elle se dépouille de son épithélium et prend une teinte rouge. C'est la langue scarlatineuse qui, pour M. Cadet de Gassicourt (1), constitue un élément précieux de diagnostic. Les lèvres sont rouges, sèches, couvertes de fuliginosités, ulcérées, saignantes avec tendance aux hémorrhagies (2). Les symptômes de la stomatite se bornent le plus souvent là, mais il est fréquent de voir apparaître du deuxième au quatrième jour, d'abord sur les amygdales, puis sur les piliers du voile du palais, la voûte palatine, et quelquefois la face interne des joues, de petites concrétions blanchâtres, crêmeuses, lenticulaires, isolées les unes des autres (Lasègue).

L'extension de l'angine pseudo-membraneuse à la muqueuse buccale, présente des symptômes communs avec l'angine précédente, nous ne nous étendrons donc pas sur sa description.

- Le diagnostic sera généralement facile avec la stomatite impétigineuse; peut-être au début, avant l'apparition de l'éruption cutanée, pourra-t-il rester hésitant. La tempé-

(1) *Traité clinique des maladies des enfants.*

(2) DIEULAFOY, t. 2, *Pathologie interne*, p. 535.

rature élevée qui n'existe pas dans l'impétigo de la bouche, les ganglions sous-maxillaires envahis, l'examen de l'état général, l'éruption enfin dissiperont toute erreur. Les recherches bactériologiques, notamment celles de MM. Wurtz et Bourges (1), ont révélé dans la bouche des scarlatineux, la présence presque constante d'un streptocoque très analogue à celui de l'érysipèle et paraissant être le vrai microbe pathogène des fausses membranes. Son inoculation sur la muqueuse du bec de pigeon produisait les mêmes exsudats pseudo-membraneux.

e) *Stomatite ourlienne*. — C'est simplement une stomatite érythémato-pultacée exactement semblable à celle que nous avons précédemment décrite. Guéneau de Mussy et Comby (2) l'ont signalée comme complication rare des oreillons, environ deux fois sur vingt observations. Dans ces cas, les symptômes généraux et surtout le gonflement parotidien si caractéristique feront faire le diagnostic.

f) *Stomatite dans la fièvre typhoïde et la pneumonie*. — Dans la fièvre typhoïde, la bouche est sèche, la langue sale, noirâtre sur le milieu, collant au doigt, rouge sur la pointe et les bords, les lèvres sont recouvertes de fuliginosités ; dans ces cas le cortège fébrile et les signes généraux ne peuvent permettre une erreur d'interprétation.

Nous avons néanmoins trouvé dans Grellety-Bosviel (3) une forme de stomatite plus intense qui peut présenter quelques traits de similitude. Dans ces cas, en plus des lé-

(1) Archives générales de médecine expérimentale, mai 1890.

(2) Revue des maladies de l'enfance, septembre 1888.

(3) Contribution à l'étude des altérations de la bouche dans la fièvre typhoïde, th. de Paris, 1888-89.

sions linguales on rencontre assez fréquemment des modifications de la muqueuse buccale.

« Il y a d'abord infiltration de l'épithélium, puis gonflement et chute de cet épithélium, qui s'accumule en amas. Sur les lèvres, la face interne des joues et le plancher buccal, on constate des érosions arrondies ou ovalaires, quelquefois des fissures plus ou moins profondes. Si nous tenons compte des lésions surajoutées si fréquentes, dues aux modifications de milieu : stomatite ulcéro-membraneuse, aphtes, muguet surtout, on comprendra l'utilité de classer cette forme au rang des stomatites pour compléter le diagnostic. »

La stomatite de la pneumonie présente les plus grandes analogies avec la précédente, sa durée toutefois est plus courte. La coïncidence de l'herpès des lèvres peut quelquefois être une cause d'erreur, il suffira d'y songer ; l'état général et l'examen des poumons dissiperont vite toute hésitation possible.

g) *Stomatite urémique*. — On l'observe dans la forme gastro-intestinale de l'urémie, elle paraît accompagner les troubles gastriques, s'accroître ou diminuer avec eux. Dans les auteurs, on ne trouve aucun fait signalant son existence. Lancereaux, le premier, dans des leçons cliniques faites à la Pitié, la cite comme une complication relativement rare de l'urémie. Pour Barié (1), elle serait beaucoup plus fréquente qu'on le croit, mais passerait inaperçue. Il lui décrit deux formes : l'une qu'il appelle pultacée, l'autre ulcéreuse.

Ces deux formes d'ailleurs se compliquant l'une et l'autre

(1) Stomatite urémique. *Archives générales de médecine*, 1889.

tre, la seconde rappelle assez bien les lésions de l'impétigo pour mériter quelques lignes de description.

Au début, ses allures simulent la marche de la stomatite érythémato-pultacée : le plancher de la bouche et surtout la langue se recouvrent d'un enduit grisâtre et plâtreux au-dessous duquel la muqueuse est rouge vif. Puis les ulcérations apparaissent : on les observe tantôt sur les parties latérales des gencives et la face interne des lèvres, tantôt sur la muqueuse des joues. La langue, le voile du palais, l'isthme du gosier, les amygdales ou la face postérieure du pharynx restent le plus souvent indemnes.

On ne peut assigner aucune forme spéciale à ces ulcérations ; superficielles, elles sont allongées, rectilignes ou légèrement incurvées en coup d'ongle avec une coloration gris rose ; profondes, elles sont plutôt ovalaires, ou se rapprochent plus ou moins de la forme circulaire ; les bords sont irréguliers et d'une coloration un peu plus foncée, gris sale. Elles sont généralement au nombre de trois ou quatre.

Ce tableau, avec les trois observations citées à l'appui par Barié, présente de grands traits de similitude. En tant que stomatite pure, les lésions comme nous l'avons vu occupent surtout les commissures des lèvres et les parties latérales des gencives et font défaut sur la langue et le voile du palais. Elles sont très superficielles et leur dépôt membraniforme est, à l'inverse de celui que nous avons décrit, mince et peu adhérent. Son ablation ne laisse pas voir une muqueuse saignante, mais seulement violacée et turgide.

Enfin la rareté de ces lésions et les signes concomitants de l'urémie viendront puissamment aider le diagnostic.

II

Ulcérations chroniques.

Dans ce second groupe, nous rangerons des lésions dues à diverses causes et présentant quelques traits de similitude avec la stomatite qui nous occupe. Ces lésions, assez tenaces comme durée, offrent ordinairement peu de symptômes fonctionnels locaux et quelques-unes d'entre elles passeraient très bien inaperçues. Nous avons rangé ici les lésions syphilitiques qui peuvent présenter une classe de transition entre les deux grands groupes que nous avons admis.

a) *Ulcérations syphilitiques.* — Nous ne parlerons pas des lésions buccales de la syphilis acquise, chancre, plaques muqueuses qui présentent les mêmes caractères que chez l'adulte, et qui d'ailleurs (du moins quant aux plaques muqueuses) sont identiques à celles que nous décrivons plus loin.

Dans la syphilis héréditaire on observe à l'examen de l'enfant des manifestations variables mais caractéristiques. Les lèvres sont le siège de plaques muqueuses qui se fendillent pendant les efforts de succion et rendent celle-ci très douloureuse. En même temps, notamment sur la lèvre supérieure, on constate des érosions et des fissures le plus souvent médianes avec fond rouge, sanguinolent qui, pour notre maître M. Sévestre, (1) seraient un signe à peu près

(1) *Études de clinique infantile* à l'hôpital des Enfants assistés, Paris, 1890.

certain de syphilis. Aux commissures se trouvent des rhagades saignantes et recouvertes de croûtes noirâtres.

Dans la bouche on trouve pour Parrot (1) deux sortes de lésions : des ulcérations, des plaques muqueuses.

Les ulcérations siègent sur la langue, les gencives et le bord libre du voile du palais. Sur la langue, elles sont superficielles, rouge-vif, lisses, luisantes, entourées quelquefois d'un bourrelet saillant, les papilles sont détruites à leur surface. Dans d'autres cas, elles sont beaucoup plus profondes, leur fond est jaunâtre ou brunâtre.

Les plaques muqueuses se rencontrent plus volontiers sur la langue, quelquefois sur les amygdales, rarement sur les piliers du voile du palais. Leur diamètre est le plus souvent de 2 à 3 millimètres ; à leur niveau, la muqueuse est rouge, quelquefois au contraire plus pâle que sur le reste de sa surface, formant une sorte de saillie lenticulaire.

Ces lésions apparaissent ordinairement du premier au sixième mois après la naissance. Quand le diagnostic est hésitant, l'existence d'autres manifestations : telles que coryza plus ou moins intense, ulcérations des sourcils, la présence de pemphigus à la paume des mains et à la plante des pieds, les ulcérations des fesses, l'éruption cutanée, enfin le facies spécial de l'enfant permettent le plus souvent d'affirmer avec facilité la nature des accidents.

b) *Ulcérations dans la coqueluche.* — On observe presque constamment : tantôt une petite érosion gris-blanchâtre, tantôt une ulcération linéaire ou ovale du frein de la langue amenant quelquefois sa destruction ; la muqueuse voisine est rouge, fendillée et saignante. Cette lésion est

(1) *Syphilis héréditaire et rachitisme.*

due aux quintes de toux, qui, projetant sans cesse la langue contre les arcades dentaires, amènent facilement l'ulcération. On ne l'observe pas d'ailleurs chez les enfants dépourvus de dents. Quelques auteurs, notamment Hénoc'h, l'ont signalée au niveau de la pointe et même sur le dos de la langue. Cette ulcération, toute localisée et d'une grande valeur pour le diagnostic de la coqueluche, est difficile à confondre avec la stomatite de l'impétigo, il suffira seulement d'y songer.

c) *Ulcérations tuberculeuses*. — Ces lésions sont extrêmement rares chez les enfants, elles paraissent le plus souvent d'origine traumatique, notamment celle qui siège au niveau du frein de la langue. Le mode de production paraît alors identique à celui des ulcérations de la coqueluche, et comme ces dernières, elles paraissent dues à la toux (1). Sur ce terrain tout préparé les bacilles s'implantent ensuite et en modifient l'aspect.

Féréol cité par Spillmann (2) a signalé chez l'adulte l'existence de ces ulcérations, notamment au niveau des lèvres, des gencives et des joues.

Cs sont le plus souvent des ulcérations arrondies, quelquefois allongées, déchiquetées, enduites d'un liquide épais, mélange de salive et de mucus ; si on enlève cette couche, on observe alors une surface rouge vif comme ecchymotique, laissant suinter un peu de sang à la pression. Les bords sont festonnés, taillés à pic et forment une sorte de bourrelet à la périphérie. A ce niveau on constate quel-

(1) SÉJOURNET, De quelques ulcérations de la muqueuse buccale chez les enfants. *France médicale*, 1890.

(2) Thèse d'agrégation. Paris, 1878.

quefois de petits points jaunâtres qui semblent contenir du pus et dont l'élimination amène l'ulcère.

La rareté de ces lésions chez l'enfant, leur localisation, l'absence de troubles fonctionnels locaux permettent difficilement une erreur de diagnostic.

d) *Desquamation épithéliale de la langue.* — C'est bien plutôt une glossite qu'une stomatite, mais une glossite souvent accompagnée de stomatite herpétique ou érythémateuse comme dans les deux observations citées par Comby et que nous rapportons ici. Elle peut présenter quelques traits de ressemblance avec celle que nous avons étudiée.

Les causes en sont encore bien mystérieuses. Parrot l'attribuait à la syphilis héréditaire.

On l'observe le plus souvent (1) chez des enfants atteints de dyspepsie, de diarrhée, d'athrepsie, chez ceux qui sont nourris au biberon ou qui sont placés dans de mauvaises conditions hygiéniques. Quelquefois néanmoins on la rencontre chez des sujets sains.

Comby dit (2) : « Il semble que l'action irritante exercée sur la muqueuse linguale par le contact du biberon ou d'aliments malpropres ou indigestes doit avoir sa part dans l'étiologie de l'affection ; mais l'étiologie n'est pas toute entière dans cette irritation mécanique : il est probable que la maladie est parasitaire, comme le pensait Gubler. La configuration et la marche des lésions plaident en faveur de cette opinion, mais l'élément pathogène n'a pas encore été découvert. S'il y a un parasite, il siège dans

(1) GUINON, *Rev. mens. des malad. de l'enfance*, 1887, p. 385.

(2) *Loco citato.*

les couches épithéliales, il s'étale en surface et ne pénètre jamais profondément.

Les symptômes fonctionnels font ici presque absolument défaut. On n'observe pas la moindre souffrance, la mastication et la déglutition sont très rarement entravées. Le plus souvent l'affection est latente et parfaitement tolérée.

Dans cette variété les signes objectifs constituent donc toute la symptomatologie. Généralement le début échappe à l'observation, c'est souvent par hasard que l'on découvre la desquamation. On constate alors sur la surface muqueuse de la langue l'existence de plaques circulaires ou ovalaires, quelquefois disposées en croissants, en cartes de géographie. Ces taches, variables comme étendue sont rouges au centre et limitées par un liseré surélevé, blanchâtre, quelquefois gris-bleuâtre, large de plusieurs millimètres.

C'est une lésion absolument locale ; elle naît, s'accroît et meurt sur place, la muqueuse buccale restant toujours indemne. La face inférieure de la langue n'est également jamais envahie : c'est seulement sa face dorsale qui est le siège des lésions, ainsi que ses bords et sa pointe.

Le principal caractère de cette glossite est de se modifier avec une grande rapidité : les taches s'étendent, se confondent, se promènent pour ainsi dire de la pointe à la base et forment les dessins les plus variés ; elles disparaissent après huit ou dix jours et sont remplacées par d'autres.

Ces lésions sont si caractéristiques, les allures en sont si bizarres qu'il est difficile de les confondre. Nous citons les deux observations suivantes pour rappeler l'erreur qu'elles pourraient causer, lorsque des lésions surajoutées viennent se greffer sur elles.

OBSERVATION I. — *Herpès de la langue et de la gorge. Desquamation linguale* (COMBY, loco citato).

Le 5 septembre 1887 se présente une petite fille de 19 mois, nourrie au sein, ayant marché, dit la mère, à 9 mois, portant 12 dents. Depuis quatre jours la mère a constaté, en même temps que du malaise, de l'agitation, de la fièvre, la présence de petits boutons sur la langue. En effet, il existe sur la face dorsale de la langue, dans la partie antérieure, un groupe de petites vésicules déjà flétries, jaunes, exulcérées, ayant le volume de très petites têtes d'épingles ; on compte une dizaine de ces éléments.

Dans leur voisinage, sur les bords de la langue, existent deux petites exulcérations jaunâtres, irrégulières, déchiquetées, qui sont bien certainement dues à la coalescence de vésicules herpétiques plus anciennes que celles que je viens de décrire. Il existe deux ou trois ulcérations analogues sur les amygdales. Engorgement sous-maxillaire léger, un peu de salivation, un peu de fièvre.

Mais en dehors de cette glossite herpétique toute récente, il est facile d'observer une desquamation linguale plus ancienne, sur laquelle l'herpès est venu se greffer. On voit en effet sur la moitié postérieure du dos de la langue des plaques épithéliales arrondies, taillées à pic, découpées en cartes de géographie. On prescrit des badigeonnages au chlorate de potasse qui font rapidement disparaître les manifestations aiguës ; quant à la desquamation linguale, elle subsiste.

OBSERVATION II. — *Eruption laborieuse des premières molaires. Stomatite érythémateuse pullacée et ulcéreuse, desquamation irrégulière de la langue* (COMBY, loco citato).

Le 4 juillet 1888, j'observais un petit garçon de 15 mois qui, depuis huit jours environ, souffrait de la bouche. Les quatre premières molaires avaient de la peine à sortir, la couronne commençait à pointer sur la gencive tuméfiée, rouge, formant une sorte de chémosis autour de la dent. En même temps existait une salivation abondante :

la rougeur de la muqueuse buccale, qui a son maximum sur les gencives, s'étendait sur les autres parties de la bouche. Au niveau de la voûte palatine existait un dépôt pultacé assez abondant. Quelques ulcérations peu profondes occupaient le voile du palais et la luette. Enfin la langue présentait une desquamation en plaques irrégulières qui venait compléter la série des manifestations buccales de l'éruption dentaire.

e) *Ulcérations dans l'athrepsie*. — Les lésions buccales de l'athrepsie, bien étudiées par Parrot (1), présentent quelques traits de parenté avec celles qui nous occupent. Leur siège est variable, tantôt elles se voient au niveau du frein de la lèvre supérieure ou inférieure, tantôt dans le sillon gingivo-labial, mais les plus communes et les plus importantes sont celles que Parrot appelle plaques ptérygoïdiennes. « Au nombre de deux, elles sont situées, d'une manière parfaitement symétrique, sur les parties latérales de la voûte palatine, immédiatement en arrière et en dedans de l'arcade alvéolaire, au niveau de la saillie que forment en ces points les apophyses ptérygoïdes ».

Ces plaques ont toujours une forme irrégulièrement arrondie ou ovale et leur plus grand diamètre atteint rarement un centimètre. Dans la première période de leur évolution, elles font une légère saillie et ont une teinte blanc-jaunâtre. On dirait qu'à leur niveau l'épithélium est boursouflé ; leur surface est tomenteuse. Puis elles s'affaissent et l'on ne tarde pas à distinguer une perte de substance cupuliforme à fond jaunâtre ou gris sale, entourée d'un cercle rouge. Par les progrès du mal, elles se creusent davantage, s'élargissent et finissent même par perdre leur co-

(1) *Clinique des nouveau-nés, l'athrepsie*, Paris, 1877.

loration première pour devenir brunâtres. Il est des cas où le muguet végète autour d'elles et les envahit ; elles saignent aisément lorsqu'on les touche avec un corps dur. La muqueuse est rouge vineuse autour, s'ulcérant facilement et augmentant l'étendue des plaques si l'athrepsie progresse.

Sous le nom d'aphtes de Bednar, Baginsky (1) décrit les mêmes lésions : « Elles recouvrent quelquefois, dit-il, une grande partie de la muqueuse palatine, s'étendant du raphé jusqu'au rebord alvéolaire et simulant ainsi un papillon aux ailes étendues ».

La pathogénie de ces lésions a été l'objet de nombreuses théories que nous n'avons pas à discuter ici.

Quoi qu'il en soit elles permettent le plus souvent un diagnostic facile. Dans les sillons gingivo-buccaux, au niveau du frein de la langue, elles peuvent prêter à confusion. Néanmoins cette ulcération à fond jaunâtre, presque de niveau avec la muqueuse qui l'entoure d'une auréole rougeâtre, diffère de la lésion membraniforme, saillante de la stomatite impétigineuse. L'absence de croûtes sur les téguments cutanés, la persistance de ces lésions qui sont souvent rebelles au traitement confirmeront le diagnostic.

(1) *Traité des maladies des enfants*, traduction GUINON-ROMMER.

Pronostic.

Les observations que nous rapportons plus loin, nous permettent de conclure à la bénignité de cette affection. En effet toutes les stomatites impétigineuses signalées soit par M. Comby, soit par M. Sevestre se sont terminées, et à bref délai par la guérison. Deux décès observés ont été causés par la broncho-pneumonie, un troisième par une cause absolument inconnue que l'autopsie n'a pu découvrir. Il ne paraît pas possible d'établir une relation de causes à effet entre ces décès et la stomatite qui nous occupe. L'un des enfants morts avait d'abord guéri sa stomatite et longtemps après la guérison (plus de quinze jours) il présentait des symptômes de rougeole compliquée de broncho-pneumonie et finalement les signes d'une diphtérie toxique. Le second enfant avait déjà lors de son entrée dans la salle des râles de broncho-pneumonie. Ces faits ne peuvent en aucune façon, selon nous, assombrir le pronostic.

Traitement.

Comme nous l'avons vu, la stomatite étant due à la présence des microbes pyogènes, les staphylocoques, dans la cavité buccale, le traitement peut se résumer en deux mots : antiseptie et hygiène locale, c'est-à-dire soins de propreté.

La façon d'appliquer l'antiseptie a varié avec les auteurs.

M. Comby, qui s'est occupé de la question le premier, conseille l'emploi de la pommade boricuée au dixième appliquée sur le bord libre des lèvres principalement ; il y joint en outre l'usage de lavages antiseptiques avec une solution faible de liqueur de Van Swieten. Il formule aussi les colutoires astringents :

Borax ou chlorate de potasse. 2 »

Glycérine. 20 gr.

ou mieux encore des lavages répétés avec une solution de chlorate de potasse à 5 0/0 et cela 5 ou 6 fois par jour.

M. Legroux prescrit l'application sur les lèvres de cataplasmes de fécule, suivie de badigeonnages légers de la muqueuse labiale avec un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent au vingtième. Il conseille en outre des lavages de la bouche et les mêmes cautérisations sur les plaques pseudo-membraneuses de cette cavité.

Nous avons vu employer cette année, dans le service de M. Sevestre, divers traitements répondant tous à la grande indication : antiseptie.

Tantôt M. Sevestre emploie l'eau boricuée et fait faire

des lavages fréquents de la cavité buccale, il modifie en outre l'état des plaques ulcérées par des badigeonnages légers, à l'aide du naphthol camphré.

Tantôt il utilise les solutions de chloral, avec insufflation de poudre d'iodoforme sur les lèvres.

Dans plusieurs observations récentes, nous avons obtenu d'excellents résultats par l'emploi de la mixture de M. Gaucher et le phénol-sulforiciné.

En résumé, le traitement antiseptique, quelles que soient les substances employées, est d'absolue nécessité.

Comme traitement général, il est urgent de combattre les affections concomitantes et spécialement les troubles gastro-intestinaux fréquents. On devra également surveiller étroitement l'enfant et au besoin lui envelopper les mains et le visage pour éviter les grattages et l'inoculation en d'autres points.

OBSERVATIONS

OBSERVATION III empruntée au travail de M. COMBY (*France médicale*, 24 décembre 1887) (1). — *Impétigo de la face. Stomatite impétigineuse. Traitement par le chlorate de potasse.*

Le 7 septembre 1887 se présente au Dispensaire un petit garçon de 20 mois, ne marchant pas encore (allaitement mixte), un peu rachitique, n'ayant que huit dents. Depuis trois jours, la mère a remarqué qu'il salivait beaucoup, elle a regardé dans la bouche et a vu des boutons. On constate aujourd'hui la présence de petites ulcérations d'un blanc grisâtre qui occupent la face interne des lèvres, les gencives, la langue, le palais ; ces ulcérations très superficielles, peu étendues, irrégulières de forme, sont accompagnées de rougeur de la muqueuse, de salivation, de fétidité de l'haleine, et d'adénopathies sous-maxillaires. Depuis hier, quatre pustules typiques d'impétigo se sont montrées sur la face cutanée des lèvres et sur le menton. Des lavages avec une solution de chlorate de potasse à 5 0/0 sont faits six fois par jour. Le 14 septembre la guérison est complète. Dans ce cas, l'éruption a suivi une marche qui n'est pas habituelle ; l'impétigo, qui va d'ordinaire de dehors en dedans, a procédé en sens inverse.

OBSERVATION IV (COMBY, *loco citato*). — *Impétigo de la commissure labiale. Stomatite consécutive.*

Petite fille de 26 mois, observée le 28 septembre 1887 et jours suivants. Depuis plusieurs jours, pustules d'impétigo au niveau de la

(1) Notes sur quelques formes et localisations de l'impétigo chez les enfants.

commissure labiale droite, formation de croûtes épaisses. Aujourd'hui salivation, fétidité de l'haleine, adénopathies sous-maxillaires. L'examen de l'intérieur de la bouche révèle la présence sur la langue, les lèvres, le palais, d'ulcérations irrégulières, grisâtres, avec stomatite intense. Traitement par le chlorate de potasse. Guérison.

OBSERVATION V (COMBY, *loco citato*). — *Impétigo de la face.*
Stomatite ulcéreuse consécutive.

Petit garçon de 11 mois, nourri au sein, présente une stomatite intense avec ulcérations superficielles, à contours irréguliers, sur la langue, la face interne des joues, la voûte palatine ; ces ulcérations ont une couleur jaunâtre. Quelques jours auparavant, l'enfant avait été atteint d'impétigo à la face, à l'entrée des narines et, en dernier lieu, aux doigts.

Il y a des croûtes jaunâtres sur la face et des pustules récentes d'impétigo sur les doigts.

Guérison de la stomatite avec des badigeonnages de chlorate 5 0/0.

OBSERVATION VI (COMBY, *loco citato*). — *Impétigo de la joue.* — *Stomatite.*

Garçon de 14 mois, atteint d'abord d'impétigo de la joue ; quelques jours plus tard l'impétigo gagne les lèvres, puis les gencives qui présentent des ulcérations analogues à celles qui ont été décrites plus haut. Même traitement que dans le cas précédent.

OBSERVATION VII (COMBY, *loco citato*). — *Stomatite impétigineuse.*
Impétigo de la lèvre inférieure consécutif.

Une fillette de 7 ans, observée le 8 août 1887, habituellement bien portante, accuse depuis trois jours de l'anorexie, du malaise, de la fièvre. La langue est saburrale, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et douloureux à la pression. L'examen de la bouche montre une stomatite avec ulcérations des gencives, des joues, de la lan-

gue ; ces ulcérations ont les mêmes caractères que les ulcérations décrites précédemment.

De plus on remarque, sur la lèvre inférieure, à l'union de la muqueuse et de la peau, du côté gauche, une pustule jaune d'impétigo qui a succédé à la stomatite. La mère accuse la contagion scolaire.

Traitement et guérison par le chlorate de potasse.

OBSERVATION VIII (COMBY, *loco citato*). — *Stomatite impétigineuse. Pustules labiales consécutives.*

Garçon de 22 mois, observé le 17 août 1887, présente depuis cinq jours des ulcérations de la bouche et de la langue ; depuis 2 jours seulement, pustules d'impétigo sur les commissures et le bord libre des lèvres. Dans ces deux derniers cas, comme dans l'observation I, l'impétigo a procédé de dedans en dehors contrairement à la règle.

OBSERVATION IX (COMBY, *loco citato*). — *Impétigo de la lèvre supérieure et des ailes du nez. — Kératite.*

Petit garçon de 16 mois, atteint d'impétigo aigu de la lèvre supérieure et des ailes du nez, consécutivement blépharite et aujourd'hui kératite phlycténulaire avec injection vasculaire intense et photophobie. Traitement par la pommade avec précipité jaune à 1/20 ; guérison.

OBSERVATION X. — *Impétigo contagiosa de la face et des membres*
In COMBY (*Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1882).

Petit garçon de 3 ans 1/2 observé le 30 avril 1888 ; il présente, depuis huit jours, des pustules d'impétigo disséminées sur la face, les doigts et les jambes. Sa sœur, qui l'a certainement contagionné, avait une éruption semblable dont le début remonte à quinze jours environ. Chez ces deux enfants, les pustules sont profondément isolées et leur dissémination est évidemment due aux grattages. Le petit garçon porte au niveau de la commissure labiale gauche une

croûte épaisse et, à la face interne de la lèvre inférieure du côté droit, une pustule arrondie, macérée, blanchâtre, ayant un diamètre de cinq millimètres environ. La stomatite est localisée à son pourtour.

OBSERVATION XI. — *Impétigo aigu de la face, impetigo de la langue.*
(COMBY, *Rev. des malad. de l'enfance*).

Le 27 juillet 1888, j'observais un petit garçon de 3 ans 1/2 qui, depuis dix jours environ, était atteint d'impétigo aigu de la face. On voyait encore, sur les joues, sur le front, sur le nez, des pustules impétigineuses isolées, récentes, absolument typiques. Sur la commissure labiale gauche existaient des croûtes jaunes épaisses qui empiétaient sur le bord muqueux de cette commissure. Faisant tirer la langue de l'enfant, on voyait une pustule d'impétigo ulcérée, grisâtre, arrondie, de la grandeur d'une lentille, occupant le bord gauche de cet organe, en un point qui répondait exactement, quand la langue était tirée, à la commissure affectée d'impétigo. Le contact était tel à chaque sortie de la langue, qu'il n'était pas possible de révoquer en doute l'auto-inoculation. Il n'y avait pas d'autres manifestations impétigineuses sur la muqueuse buccale. Traitement par la vaseline boriquée à 1/10 ; guérison.

OBSERVATION XII. — *Impétigo de la face. Stomatite consécutive* (1).

H..., âgée de six ans, est entrée le 22 avril 1891, salle Triboulet, n° 16, service de M. Sevestre.

Ses parents sont bien portants. Elle n'a jamais fait de maladies antérieures graves, si ce n'est la *rougeole*, il y a une quinzaine de jours. A l'âge de deux ans, elle a eu de l'impétigo de la face et du cuir chevelu, impétigo dont elle porte encore les restes sur le visage et des traces sur les membres. L'impétigo siège surtout autour des

(1) Les dix observations qui suivent ont été communiquées, par MM. SEVESTRE et GASTOU, à la *Société médicale des Hôpitaux*, dans la séance du 26 juin dernier (1891) et reproduites dans le compte rendu de cette séance.

lèvres, tandis que sur les membres existent d'anciennes cicatrices blanchâtres, très superficielles, au milieu desquelles se voient de l'impétigo, de la phthiriasse et de l'eczéma sec. Cette éruption polymorphe n'occupe pas toute la surface des membres, elle est du reste peu confluyente.

L'enfant est maigre, chétive, souffreteuse, le visage pâle et les traits tirés, elle présente une pigmentation brun sale, noirâtre, de la peau de tout le corps. Ce qui frappe surtout chez elle, c'est l'aspect de la bouche. Les lèvres sont tuméfiées, doublées d'épaisseur et renversées en dehors. Sur la face muqueuse des lèvres, près de leur bord cutané et de chaque côté de la ligne médiane, existent, prédominant sur la lèvre inférieure, des sortes de plaques blanchâtres allongées qui ne laissent qu'un petit intervalle de muqueuse saine et se retrouvent aux deux commissures des lèvres qu'elles semblent creuser.

En étudiant avec soin une de ces plaques, voici quels sont ses caractères. Sur une étendue d'environ un centimètre à un centimètre et demi et sur une largeur d'environ un demi-centimètre, la muqueuse labiale est recouverte par une membrane ovale, régulière sur ses bords, légèrement saillante. Cette membrane est blanc grisâtre, comme argentée, brillante par places avec des reflets cireux, sa surface extérieure est plane, régulière sans aspérités.

Si l'on cherche à la détacher, elle semble faire corps avec la muqueuse sous-jacente et repose sur un fond induré. Le moindre contact un peu rude détermine un suintement sanguin tout autour de la plaque pseudo-membraneuse et il se forme, si l'on n'essuie de suite, des concrétions sanguines noirâtres. Il est presque impossible de détacher ces plaques sans entraîner un peu de muqueuse. Aux commissures, le même aspect se retrouve avec les mêmes caractères.

Sur la lèvre supérieure, dans sa portion cutanée, de même qu'à la lèvre inférieure, existent tout autour de ces pseudo-membranes de nombreuses croûtes d'impétigo.

Des narines il s'écoule un liquide muco-purulent et sanguinolent, véritable jetage venant irriter la lèvre supérieure. Il n'y a point à l'ouverture des narines de plaques blanchâtres, on y trouve au con-

traire en abondance des croûtes d'impétigo et des caillots de sang concrété, tellement que la respiration par le nez en est empêchée et la malade respire la bouche ouverte, rappelant l'apparence des enfants qui ont des tumeurs adénoïdes.

Si l'on saisit entre les deux doigts les lèvres, on a la sensation d'une induration autour des plaques. Ce contact détermine de la douleur.

Les dents sont en mauvais état ; noirâtres, recouvertes de tartre et de débris alimentaires concrétés. La langue est saburrale, blanche aussi bien sur le milieu que sur les bords.

Sur le voile du palais et sur la luette, on retrouve des plaques analogues comme apparence à celles des lèvres.

Sur le voile du palais, elles sont presque symétriques, ovales, rappelant les aphtes, mais de dimensions beaucoup plus considérables. Elles sont environnées également d'une muqueuse saignant facilement. Leur siège est presque celui des plaques ptérygoïdiennes décrites par Parrot. Autour de la luette et près du sommet, elles forment un véritable capuchon, mais on voit par le contour polycyclique de la fausse membrane, qu'elle a été constituée par la réunion des plaques ovalaires. Ces plaques sont également ici très adhérentes.

Le pharynx est complètement indemne de plaques. Il est rouge, tomenteux, sillonné de veinules turgescents et recouvert du mucus provenant du naso-pharynx. Le voile du palais, la muqueuse buccale ont également une apparence rouge-cerise ardent. Les amygdales sont indemnes. Il n'existe pas de fétidité de l'haleine.

Les ganglions rétro et sous-maxillaires sont légèrement engorgés, ils sont durs et il n'existe pas autour d'eux de participation du tissu cellulaire.

Il n'existe ni diarrhée, ni vomissements, rien du côté du foie, de la rate et des ganglions mésentériques. — Pas de fièvre. Dans les poumons, quelques râles muqueux disséminés, plus prédominants en avant et à droite, mais sans matité ni signes de tuberculose. Du côté des yeux, il existe à droite un pinceau conjonctival très léger.

On prescrit des lavages avec une solution chloralée à 1 0/0, des

applications de vaseline salolée sur les lèvres et des attouchements dans la gorge avec le liquide de Gaucher. Potion à l'extrait de quinquina.

24 avril. — Même aspect des lésions qui semblent creuser. L'état général est moins bon et la température monte à 39 degrés.

25. — La température est redevenue normale. Sur le bord gauche de la langue se montre une plaque ulcéreuse, légèrement plus large qu'un aphte, dont elle présente du reste tous les autres caractères. Iodoforme sur les lèvres. On remplace la mixture Gaucher par le naphthol camphré.

26. — L'aspect des lésions ne se modifie pas, on ne peut détacher les pseudo-membranes. On donne à l'intérieur du chlorate de potasse (2 gr.) et on continue des applications d'iodoforme en poudre sur les lèvres.

27. — Quoique la malade ait une température de 39 degrés, la langue se nettoie, devient humide et la gorge moins rouge.

29. — La langue est redevenue nette, les ulcérations de la gorge se resserrent en quelque sorte et diminuent de volume. Les lèvres également vont mieux. Les pseudo-membranes restent toujours adhérentes.

2 mai. — Il n'existe presque plus traces d'altérations dans la bouche ; sur les lèvres, encore une liseré blanchâtre et toujours de l'impétigo et des croûtes.

5. — La malade va de mieux en mieux, mange bien et se lève. Le jetage a complètement disparu.

21. — La malade a été prise ce matin d'une fièvre légère, son ventre est ballonné et douloureux. Elle est pâle, abattue. Dans la journée, diarrhée à plusieurs reprises. On prescrit 40 centigrammes de calomel.

22. — Tout est rentré dans l'ordre, la diarrhée a cessé.

25. — L'enfant part en convalescence.

Les cultures ont été faites sur la gélatine. La colonie a poussé d'abord sous forme d'un léger voile blanc, parsemé de petits points blancs plus brillants. Le surlendemain, la gélatine a commencé à se liquéfier et il s'est déposé à la limite des parties liquéfiées et res-

tées durés, une pellicule jaunâtre. Au bout de quelques jours, la gélatine était complètement liquéfiée.

On avait ensemencé des liquides et des fragments de fausses membranes recueillis au niveau des lèvres, du nez et de la luette. L'examen au microscope après coloration, sur préparations fraîches avec le violet de gentiane, et sur préparations à sec avec le liquide de Ziehl, a donné sous l'immersion homogène les résultats suivants.

Microcoques isolés ou réunis en certains points donnant le groupement classique des staphylocoques. Dans l'intervalle de ces groupes, on constate la présence de bacilles allongés, ils sont plus épais que des bacilles de Koch et de la même longueur. La plupart sont droits, quelques-uns incurvés. Ils ressemblent aux bacilles décrits par Vignal, dans la bouche. Il est difficile de se prononcer sur leur véritable nature, que seule la culture sur sérum et l'inoculation expérimentale pourraient démontrer.

OBSERVATION XIII (personnelle). — *Stomatite impétigineuse*. — *Rougeole consécutive*. — *Broncho-pneumonie*. — *Mort*.

D... (Eugène), âgé de deux ans et demi, entré le 2 mai, salle Lugol, n° 27. Service de M. Sevestre.

Les parents de l'enfant sont bien portants. Trois autres enfants bien portants, deux morts en bas âge, de diarrhée.

L'enfant n'a pas eu de maladies graves. Depuis deux mois, la mère constatait que le nez coulait. L'enfant se plaignait de la tête, conservant un bon appétit et allant régulièrement à la garde-robe. Pas de vomissements. Il y a huit jours qu'est survenue la maladie qui l'amène à l'hôpital, c'est-à-dire que l'enfant a les lèvres en mauvais état. Depuis quatre jours la bouche s'est prise. Perte d'appétit. Constipation depuis deux jours. Pas de fièvre.

L'enfant a été élevé à la campagne, au sein ; d'après ce que dit la mère, il aurait tété le lait d'une nourrice déjà enceinte de six mois. Sevré à dix-huit mois, il a vécu de la nourriture de ses parents. Premières dents à quatre mois ; il a marché à quatorze mois. Tels sont les renseignements recueillis par la surveillante de service.

Voici ce que l'on constate à son entrée : l'aspect est misérable, le corps est maigri, la face pâle. Pas d'impétigo, pas de cicatrices, ventre ballonné, extrémités légèrement noueuses. Enfant peu éveillé comme intelligence ; indifférence et abattement. Sur les lèvres, et surtout aux commissures, existent des pseudo-membranes présentant absolument les caractères déjà mentionnés dans l'observation I. Mêmes plaques sur le voile du palais et sur la langue ; il en existe aussi quelques-unes dans la bouche. Il n'y a rien dans le pharynx ni sur les amygdales ni sur la luette. La gorge est rouge ardent. Les dents en très mauvais état, il y a de la gingivite. La langue est saburrale avec deux ulcérations recouvertes de plaques.

Les ganglions rétro et sous-maxillaires sont durs et augmentés légèrement de volume. Il s'écoule par le nez du mucus, sans pus ni sang.

Sauf un peu de ballonnement du ventre, il n'y a absolument rien dans les autres organes. Pas de fièvre.

Traitement : lavages à l'eau boricuée. Naphtol camphré sur les pseudo-membranes.

4 mai. — On a mis sur les lèvres de l'iodoforme; chlorate de potasse à l'intérieur; les lèvres sont moins tuméfiées, et saignent moins facilement. Les plaques du palais ne s'étendent pas.

5. — Les plaques diminuent. On donne à l'enfant 30 centigr. de calomel.

6. — Lèvres redevenues normales, disparition progressive de la pseudo-membrane.

8. — Guérison complète, sauf encore de la rougeur des lèvres. L'enfant, après avoir été mieux, redevient maussade, fiévreux et perd l'appétit.

Le 17 mai apparaît sur le cou et le menton une éruption de *rougeole*. L'enfant est envoyé au Pavillon d'Aligre. L'éruption sort normalement, sans qu'il se produise de complications du côté des lèvres ou de la gorge, ainsi qu'on avait pu le redouter.

Le 20 mai, la température monte.

Le 21 mai, on constate de la matité au sommet et à la base droite, du souffle au sommet droit. Température, 40 degrés.

23. — Diarrhée jaune. Râles sous-crépitaunts fins aux deux bases, souffle aux sommets.

24. — Râles moins nombreux.

26. — La température tombe à 38 degrés. Le malade retourne à la salle Lugol. Il lui reste de sa rougeole un état général des plus mauvais. Il conserve encore de la diarrhée. Il a également de l'ophtalmie double avec sécrétion muco-purulente.

27. — L'enfant n'est pas en train, ne mange pas, les ganglions sont augmentés de volume. Les amygdales, la pointe de la luette, le pharynx tout entier sont recouverts de plaques grisâtres, adhérentes, la muqueuse est boursouflée, tuméfiée, livide, saignant au moindre contact. Les amygdales sont augmentées de volume. Il n'y a rien sur la joue ni sur les lèvres. On fait passer l'enfant au Pavillon Bretonneau, où il meurt le 29 mai avec tous les signes d'une diphtérie toxique.

AUTOPSIE. — Faite le 2 juin 1891. Pas d'adhérences, ni de liquide à l'ouverture de la poitrine. Le rétro-pharynx est plein de mucus.

Poumon gauche, 125 grammes. Lobe inférieur atteint de broncho-pneumonie. Lobe supérieur, emphysémateux.

Poumon droit, 133 grammes. Lobe supérieur, emphysémateux, avec points de broncho-pneumonie en arrière. Lobe moyen : noyaux de broncho-pneumonie. A la surface externe, nombreuses vacuoles. A la coupe, semis de lacunes du volume d'un pois, pleines de pus. En d'autres points, sortes de plaques saillantes, blanchâtres, non crépitautes, donnant l'aspect du tissu pancréatique. Dans ce lobe moyen et près du bord postérieur, existe un noyau caséux de la grosseur d'un grain de chènevis. Lobe inférieur, complètement hépatisé.

Médiastin. Au niveau de la bronche droite, existe un volumineux ganglion caséux avec cavités purulentes. Quelques ganglions, également caséux, le long de la trachée.

Cœur, 53 grammes. Caillots fibrineux dans le ventricule droit. Le ventricule gauche est vide de sang ; ses parois sont épaissies et très pâles. Rien aux valvules.

Reins, congestionnés, durs à la coupe. Epaissement par places de la substance corticale. Rein droit, 40 grammes. Rein gauche, 45 grammes.

Foie, 380 grammes : gris rosé à l'extérieur, avec plaques violacées, très mou. A la coupe, teinte lie de vin, violacé, sans traces de lobulation, odeur infecte de putréfaction.

Rate, 35 grammes. Péri-splénite, tissu très mou. Même teinte lie de vin avec pointillé blanchâtre à la section.

Estomac. Épaissi, rempli de mucus, petites plaques ecchymotiques par places.

Cæcum. Pâle.

Iléon. Quelques plaques de Peyer turgescents et légèrement congestionnées. Pas de ganglions mésentériques. Le larynx et la trachée ne contenaient pas de fausses membranes.

Des parcelles de pseudo-membranes sont cultivées sur agar.

Avec les pseudo-membranes du pharynx, on obtient une magnifique culture de *staphylococcus aureus*, en forme de raquette. Cette culture, qui commença à se montrer dès le deuxième jour de l'inoculation, est très développée au sixième jour.

Examen microscopique : microcoques isolés et groupés sous forme de staphylocoques.

Les cultures des plaques des lèvres donnent aussi du *staphylococcus aureus*, qui se présente par groupes très serrés sous le champ du microscope. Ce résultat avait été obtenu par des cultures faites le 2 mai. A son retour de la rougeole, le malade ayant de nouveau des fausses membranes, onensemence de nouveau des tubes d'agar et de gélatine. Sur la gélatine, on obtient avec les plaques des lèvres un fin réseau, ressemblant à un voile et parsemé de points blancs. Sur l'agar, il y a deux aspects tout à fait différents. La culture prédominante est jaune d'or ; en certains points de cette culture existent des saillies hémisphériques blanches, saillantes, épaisses, ayant une couleur blanc mat.

Au microscope, la partie jaune est constituée par du staphylocoque doré. La partie blanche donne de gros bacilles épais, longs, ressemblant à du *bacillus subtilis*, et pour lesquels nous faisons les

mêmes réserves que pour l'observation I. Les cultures faites avec les plaques du voile du palais donnent du staphylocoque doré.

OBSERVATION XIV. — *Rougeole. — Stomatite impétigineuse. — Guérison.*

M..., vingt et un mois, Pavillon d'Aligre, n° 4. Service de M. Sevestre.

Nous n'avons pas de renseignements sur les parents ni sur les maladies antérieures de l'enfant.

Rentrée le 2 avril; elle était mal en train, dit la mère, depuis deux jours. L'enfant est maigre, mais de constitution assez bonne.

3 mai. — Éruption de *rougeole* discrète. Quelques râles muqueux disséminés dans la poitrine. Ventre ballonné, tendu.

4. — Diarrhée jaune abondante.

5. — Quelques râles fins à la base droite.

8. — L'enfant présente à la commissure labiale droite, sur la lèvre inférieure, ainsi qu'à la pointe et sur les bords de la langue des plaques blanchâtres irrégulièrement arrondies, polycycliques. Les plaques de la langue correspondent à cinq dents que possède en avant l'enfant. Rien dans la gorge. Température, 38°,9.

Traitement. Lavages au chloral. Iodoforme sur les lèvres.

9. — Température, 37,°9 le matin et le soir. Matité aux deux sommets en arrière et à la base droite. Souffle aux deux sommets. Quelques râles sous-crépitaux dans toute la hauteur. De même en avant. Région hépatique, douloureuse. Diarrhée. *Traitement.* Potion de tood. Bains sinapisés. Les ulcérations de la langue ont augmenté de volume. Les plaques pseudo-membraneuses qui les recouvrent, ainsi que celle des lèvres, ressemblent absolument à celles décrites dans l'observation I. Il n'y a rien d'analogue dans l'arrière-gorge.

10. — Souffle en arrière et à gauche; râles sous-crépitaux à la base gauche et à la partie moyenne. Râles sous-crépitaux à droite en arrière au sommet.

11. — Mêmes signes pulmonaires. Les plaques restent stationnaires.

12. — Les râles sous-crépitaux restent toujours abondants au sommet et à la base droite. La température est le matin de 37 degrés ; le soir, 37°,5. Les plaques diminuent, la langue se nettoie, et les ulcérations disparaissent.

13. — L'enfant va de mieux en mieux et sort guérie.

Ensemencement, le 8 mai, sur agar et glycérine, des plaques. Sur agar, culture jaune de staphylocoque doré. Sur glycérine, fin voile blanc s'enfonçant en lame et liquéfiant la gélatine. Apparition, vers le troisième jour, d'un dépôt jaune d'or. A l'examen microscopique : groupes de staphylocoques dorés.

OBSERVATION XV. — *Rougeole et broncho-pneumonie.*
— *Stomatite.* — *Guérison.*

B..., âgée de deux ans, n° 3, Pavillon d'Aligre. (Service de M. Sevestre).

Malade venant d'une salle de chirurgie, éruption discrète de *rougeole*. Entrée le 30 avril, elle présente aussitôt des signes de broncho-pneumonie double.

Le 4 mai on constate sur la lèvre inférieure des plaques blanchâtres.

Du 4 mai au 9 mai, jour où la malade sort du Pavillon, les signes de broncho-pneumonie se sont atténués. Les lèvres se sont peu à peu détegrées, toujours sous l'influence du même traitement : iodoforme, lavages au chloral.

Il n'y a eu à aucun moment de taches ou de dépôts blancs dans la gorge.

Culture sur agar. La culture est jaune d'or en raquette, à sa base apparaît un enduit blanc. Les parties jaune et blanche, examinées, donnent toutes deux du staphylocoque.

OBSERVATION XVI. — *Rougeole et broncho-pneumonie.*
— *Stomatite.* — *Guérison.*

M..., deux ans et demi, Pavillon d'Aligre, n° 27 (Service de M. Sevestre).

Venant de la salle Legendre ; atteint de coxalgie. Entré le 28 *avril* pour une *rougeole* discrète. Broncho-pneumonie double, pas de diarrhée.

Le 8 *mai*, apparaissent sur les lèvres des ulcérations blanchâtres. On le renvoie le 10 dans la salle Legendre. En quelques jours ces plaques ont disparu.

Culture sur agar, donne une strie épaisse jaune doré et une plaque en raquette blanche. Les deux parties donnent au microscope du staphylocoque.

OBSERVATION XVII (personnelle). — *Rougeole et broncho-pneumonie.*
— *Stomatite.* — *Guérison.*

M..., âgé de cinq ans et demi, venant de Lugol (Service de M. Sevestre) où il était soigné pour de la dyspepsie gastro-intestinale (diarrhée alimentaire).

Entré le 30 *avril* à d'Aligre, n° 8, pour la *rougeole*. Broncho-pneumonie double.

Le 2 *mai*, apparition de plaques blanchâtres sur les lèvres.

Le 8 *mai*, le malade retourne à Lugol en voie de guérison.

Culture sur agar, jaune doré en raquette, ou pour mieux dire, en miroir à alouettes renversé. Examen microscopique : staphylocoques dorés.

OBSERVATION XVIII. — *Rougeole.* — *Broncho-pneumonie.* —
Stomatite. — *Guérison.*

E..., dix-huit mois. D'Aligre, n° 18. (Service de M. Sevestre).

Rougeole. Broncho-pneumonie. Plaques blanchâtres sur la lèvre inférieure. Guérison.

Culture sur agar, staphylocoque doré en raquette.

L'examen microscopique montre des staphylocoques.

OBSERVATION XIX. — *Impétigo et conjonctivite.* —
Stomatite. — *Guérison.*

B..., neuf mois. Bretonneau, n° 14 (Pavillon de la diphtérie), (Service de M. Sevestre).

Entré le 8 juin. Impétigo et conjonctivite. A été reçu à Bretonneau parce qu'il présentait des plaques blanchâtres sur les lèvres et deux points analogues sur les amygdales. Pas de ganglions rétro et sous-maxillaires. Ni diarrhée, ni toux. Jetage nasal. Écoulement d'oreilles abondant.

A la date du 17, le petit malade garde toujours un peu d'ulcération des lèvres, la gorge s'est entièrement détergée, son état général est assez satisfaisant.

L'inoculation des plaques des lèvres sur l'agar donne deux cultures ; une, jaune doré, qui occupe presque toute la surface libre de l'agar ; une culture blanche, formant une boule saillante, régulière. Au microscope, dans la partie jaune, il y a du staphylocoque doré. Sur la partie blanche, au contraire, on constate le bacille allongé et épais, rencontré déjà dans les observations I et II.

OBSERVATION XX. — *Impétigo de la face.* — *Stomatite.*

C..., âgé de deux ans. Bretonneau, n° 10. (Pavillon de la diphtérie).

Entré le 10 juin pour des plaques blanches sur les lèvres. Cet enfant est couvert d'ulcérations impétigineuses qui présentent à leur surface des pseudo-membranes blanches. L'enfant n'a jamais rien eu dans la gorge.

Le 17 juin, il est encore dans la salle, de nouvelles pseudo-membranes se sont produites derrière les oreilles, sans que l'état général en soit pour cela devenu plus mauvais.

Les plaques n'ont pas été cultivées.

OBSERVATION XXI (personnelle). — *Impétigo de la face*. — *Stomatite consécutive*. — *Rougeole et broncho-pneumonie*. — *Guérison*.

B..., âgé de deux ans. Salle Lugol, 23. (Service de M. Sevestre).

Cet enfant est entré le 23 mai dans le service pour de l'impétigo de la face.

Passé à d'Aligre le 5 juin, il est revenu le 13 juin. Plaques blanches sur les lèvres. Impétigo sur la face et le corps. Diarrhée jaune. Écoulement d'oreilles. L'enfant a en outre de la broncho-pneumonie du sommet gauche. Eschares fessières, trochantériennes. Ulcérations multiples (impétigo, ulcères), surtout au cou.

La culture faite avec des éléments provenant des plaques donne sur l'agar une colonie jaune d'or. A l'examen microscopique : microcoques isolés, diplocoques, mais surtout colonies en grappe ou en amas de staphylocoques dorés.

OBSERVATION XXII. — *Impétigo et stomatite*. — *Tourniole*. — Service de M. LEGROUX. — (Thèse de DUPREY. Paris, 1894).

T..., Elisa, 7 ans, fillette d'apparence strumeuse, entre le 23 juin 1891, salle Bouvier, n° 10. Les lèvres présentent un développement excessif, surtout l'inférieure qui est gercée, suintante et douloureuse au toucher. A la surface on voit des ulcérations superficielles de la dimension d'une lentille dont le fond est recouvert par un enduit jaunâtre ; par places, des vésicules du volume d'une tête d'épingle remplies d'un liquide séro-purulent et des croûtes noirâtres. Au menton existent des vésico-pustules en voie de purulence. La lèvre supérieure ne présente rien qu'une augmentation de volume sensible. En écartant les lèvres, on remarque à la face interne, sur la muqueuse buccale, quatre plaques de forme allongée, constituées par un enduit membraneux d'aspect grisâtre. La langue, le voile du palais, la gorge ne présentent rien d'analogue ; les amygdales sont grosses. La salivation est exagérée, l'haleine mauvaise, les ganglions non engorgés. M. le docteur Legroux porte le diagnostic de stoma-

tite impétigineuse et prescrit l'application sur les lèvres *de cataplasmes de fécule*, suivie de badigeonnages légers de la muqueuse labiale avec un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent au vingtième, des lavages de la bouche et des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent sur les plaques qui siègent à l'intérieur de la bouche. Les jours suivants (26 juin), les plaques qu'on avait observées sur la muqueuse buccale ont disparu ; mais sur la langue s'est montrée une plaque opaline, ovulaire, longue de 3 à 4 millimètres environ, siégeant au rebord de la langue, à 2 centimètres de la pointe. Les lèvres vont mieux, mais sont encore fort volumineuses. A la commissure labiale droite existe une fissure profonde, suintante et entourée de croûtes jaunâtres ; à un centimètre au-dessus de la commissure, croûtes typiques d'impétigo.

1^{er} juillet. — L'éruption labiale et buccale est guérie, mais les lèvres, quoique ayant diminué de volume, restent sensibles et irritées. Le menton est envahi par l'éruption impétigineuse.

7. — La bouche est définitivement guérie. Le menton est toujours couvert de productions impétigineuses (on y applique de la pommade iodoformée au dixième, qui semble causer une notable amélioration). Au pouce de la main gauche a paru une tourniole.

OBSERVATION XXIII. — *Impétigo et stomatite*. — *Abcès à la lèvre supérieure*. — Service de M. LEGROUX. — (Thèse de DUPREY, loco citato).

A..., Célestine, est entrée le 23 juin 1891, salle Bouvier, n° 24, pour une bronchite. Deux jours après son entrée, se montre vers les orifices du nez et sur le menton une éruption impétigineuse qui s'accompagne au-dessus de la lèvre supérieure de la formation d'un petit abcès du volume d'une noisette, lequel guérit aussitôt son contenu évacué. La lèvre inférieure augmente considérablement de volume, elle présente de nombreuses crevasses suintantes et se recouvre de produits croûteux dans la partie qui est exposée à l'air. Au contraire, le rebord interne se recouvre de produits d'aspect membraneux et jaune en plusieurs points qui semblent être en con-

tinuité avec les lésions extérieures qu'on voit sur les lèvres. Les deux commissures labiales sont occupées par des fissures profondes à fond couenneux et suintant, très profondes, surtout à la commissure droite. A l'intérieur de la bouche, on voit dans la partie de la muqueuse qui correspond à la commissure labiale gauche une plaque très allongée, constituée par un enduit d'apparence diphtéroïde ; en haut, dans la partie du rebord de la lèvre supérieure correspondant aux incisives médianes, autre plaque moins grande que la précédente, mais de même apparence pseudo-membraneuse. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés ; rien dans le reste de la cavité buccale.

3 juillet. — L'impétigo des régions voisines de la bouche est à peu près guéri (cautérisation au nitrate d'argent), les lèvres sont moins grosses ; les fissures des commissures persistent ; les plaques buccales, observées antérieurement, ont disparu ; mais il s'en est développé d'autres ayant les mêmes caractères sur le rebord de la lèvre inférieure et une siégeant à la face inférieure de la langue. On détache assez difficilement les lambeaux membraneux qui constituent ces plaques pour en pratiquer l'examen : la muqueuse est saignante aux points qu'on dépouille ainsi de leur enduit. L'examen des divers produits de l'éruption buccale et du pus impétigineux, recueilli autour de la bouche, révèle l'existence de staphylocoques.

6. — Guérison.

OBSERVATION XXIV (personnelle et inédite). — *Impétigo de la face.*
— *Stomatite consécutive.* — *Broncho-pneumonie.* — *Mort.*

Ch... âgé de 18 mois, envoyé le 18 décembre 1891 au pavillon Bretonneau (diphtérie), lit n° 15. (Service de M. Sevestre).

Pas de renseignements héréditaires. Aucuns commémoratifs sur les maladies antérieures de l'enfant.

Examen. — A son entrée dans la salle, on constate les faits suivants :

L'enfant est pâle, chétif ; sur les paupières, dans les cheveux, au pourtour de l'oreille gauche, on observe des croûtes assez nombreuses d'impétigo. Le bord libre des lèvres, surtout celui de la

lèvre inférieure, est recouvert de croûtes et d'ulcérations sanguinolentes, à fond gris jaunâtre, elliptiques, d'un diamètre maximum de 4 à 7 millimètres. Les lèvres sont en outre fendillées et tuméfiées. L'ouverture de la bouche cause un léger écoulement de sang sur la surface labiale.

Dans la bouche. Réaction manifestement acide, le papier bleu de tournesol rougit très rapidement.

La langue est normale, quoique rouge vernissée et recouverte de muguet. Sur la luette et les piliers antérieurs du voile du palais, on voit des fausses membranes blanchâtres, présentant les dimensions d'un haricot. Quelques fausses membranes à la face postérieure de la lèvre inférieure, les ganglions sus et rétro-maxillaires sont indemnes.

A l'auscultation. — Quelques râles sous-crépitants des deux côtés en arrière, plus nombreux toutefois au niveau des bases du poumon. Submatité aux mêmes points.

Foie et rate. — Rien d'anormal.

Comme symptômes fonctionnels, une température de 39°. Quelques vomissements, salivation, diarrhée.

On prescrit du bétol à l'intérieur, des lavages boriqués de la cavité buccale et des badigeonnages légers des parties ulcérées avec un pinceau imbibé de phénol-sulfuriciné.

13 décembre. — Même aspect des lésions, les fausses membranes se sont étendues ; les amygdales qui étaient indemnes sont recouvertes d'un exsudat blanc jaunâtre. Temp. 38°, 7.

14. — Les râles sous-crépitants sont plus nombreux. On observe un peu de souffle au tiers moyen du poumon gauche, en arrière.

16. — Les ulcérations labiales sont guéries et les fausses membranes disparues à ce niveau. On constate quelques plaques nouvelles sur la pointe et les bords de la langue. Lavages boriqués et cautérisation avec une solution de nitrate d'argent au vingtième.

18. — Les lésions buccales ont presque complètement disparu, la broncho-pneumonie fait des progrès. Râles plus abondants et plus gros des deux côtés, souffle et zones de matité en différents points. T. 39°.

20. — L'enfant refuse le lait, est assoupi, diarrhée fréquente. Mort pendant la nuit.

AUTOPSIE. — Faite le 23 décembre 1891. A l'ouverture de la poitrine, on ne constate ni adhérences, ni liquide dans la cavité thoracique.

Poumon droit. 200 grammes. Emphysème au sommet, noyaux de broncho-pneumonie disséminés dans toute l'étendue du poumon, plus nombreux à la base.

Poumon gauche. 190 grammes. Emphysémateux également. Les lobes moyen et inférieur sont farcis de noyaux de broncho-pneumonie.

Médiastin. Ganglions avec aspect lardacé, quelques-uns caséeux.

Cœur. 40 grammes. Les parois sont pâles et semblent légèrement épaissies. Rien aux orifices. Pas de caillots dans le ventricule gauche. Rien dans le ventricule droit.

Reins. Substance pyramidale blanche, substance corticale rougeâtre. Légèrement durs à la coupe. Chaque rein pèse 40 grammes.

Rate. 40 grammes. Tissu très mou, le doigt y pénètre facilement.

Estomac. Rien de spécial, les parois sont épaissies.

Pancréas. 15 grammes. Légèrement congestionné.

Foie. 510 grammes. Congestionné, dur à la palpation. A la coupe, quelques ilots blanchâtres.

Gros intestin. Épaissi. Pas de saillie des follicules.

Mésentère. Quelques ganglions volumineux, non caséeux.

Cerveau. 790 grammes. Un peu d'œdème cérébral. Pas de traces de méningite. Substance corticale pâle. Rien du côté des noyaux centraux.

Cervelet. 100 grammes. Rien à signaler.

Bulbe et protubérance. — 8 grammes. Rien d'intéressant.

Amygdales normales, pas hypertrophiées, pas de fausses membranes.

Larynx. Petite érosion superficielle, pas de fausses membranes. Rien dans la trachée.

Sur le cuir chevelu, quelques ulcérations circulaires, dépourvues de cheveux, paraissant de nature impétigineuse.

Des parcelles de pseudo-membranes ont été cultivées sur agar. Après quelques jours, nous avons constaté une belle culture de staphylocoque doré.

A l'examen microscopique : nombreux microcoques groupés en grappe qui sont manifestement du staphylococcus aureus.

OBSERVATION XXV (personnelle et inédite). — *Impétigo de la face.*
— *Stomatite impétigineuse.* — *Guérison.*

P... Lucienne, âgée de 3 ans, entrée le 24 décembre 1891, salle Trboulet, n° 14 (service de M. Sevestre).

Cette enfant a été amenée à la consultation avec une lettre d'un médecin des hôpitaux, avec diagnostic : *sypilis*.

La mère nous donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants. Pas de traces de syphilis. Pas de fausses couches.

Deux autres enfants robustes, un troisième mort de méningite ?

Antécédents personnels. — La petite malade a été élevée au sein par la mère, elle a marché à 13 mois ; jamais rien jusqu'à ce jour.

Au sujet des lésions buccales, la mère nous raconte que depuis 5 jours, l'enfant perdait beaucoup de salive, et depuis deux jours environ, elle a en outre observé l'apparition de petits boutons blancs sur la langue, ces boutons se sont étendus et ont envahi le voile du palais et les gencives. L'enfant était, en outre, mal en train, avait perdu l'appétit. Fièvre légère concomitante.

État actuel. — On constate à l'examen les faits suivants :

Sur le bord libre des lèvres, quelques petites ulcérations en cupule, à l'emporte-pièce, recouvertes d'un exsudat blanchâtre. Croûtes d'impétigo sur la lèvre inférieure et aussi au voisinage des lobules du nez. Sur la langue, le voile du palais, la face postérieure des lèvres nombreuses ulcérations blanchâtres serpigineuses, confluentes sur certains points ; les plus grandes peuvent atteindre les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, les plus petites ressemblent, à s'y méprendre, aux ulcérations aphteuses.

Les gencives sont ulcérées, boursoufflées et saignent facilement

pendant l'examen. Rien sur les amygdales et les parois du pharynx.
Pas de ganglions sous-maxillaires.

Réaction de la cavité buccale : neutre au papier de tournesol.

Poumons. Quelques râles de bronchite aux deux bases en arrière.

Les autres organes ne présentent rien d'anormal. Température 38.

Traitement. Lavages boriqués ; trois ou quatre fois par jour, gargarismes au chlorate de potasse.

26 décembre. — Les ulcérations paraissent se cicatriser, l'exsudat blanc jaunâtre a disparu, le fond de l'ulcération est rouge vif, un peu saignant. On observe des fausses membranes nouvelles aux commissures.

28. — Les ulcérations sont moins nombreuses, quelques-unes sont complètement cicatrisées ; les lèvres sont toujours fendillées avec quelques croûtes d'impétigo. Continuation du traitement local.

30. — Il existe à peine des traces des ulcérations de la bouche, les lèvres redeviennent normales.

4 janvier. — La guérison est complète, l'enfant quitte l'hôpital.

Cultivés sur agar, les exsudats donnent une culture blanchâtre, douteuse.

Au microscope, on distingue nettement des staphylocoques dorés et blancs, ces derniers beaucoup plus nombreux.

OBSERVATION XXVI (personnelle et inédite). — *Impétigo généralisé et otite. — Stomatite consécutive. — Guérison.*

D..., âgé de 4 ans, entré le 18 janvier 1892, pavillon Bretonneau (diphthérie), n° 14. Service de M. Sevestre.

Nous n'avons pu recueillir aucuns renseignements sur les antécédents héréditaires. Au point de vue des antécédents de l'enfant, une amie de la famille, venue pour le visiter, nous raconte fortuitement qu'avant son entrée à l'hôpital, l'enfant présentait des croûtes jaunâtres sur les mains, la figure, notamment le front. Ecoulement d'oreilles abondant.

A l'examen, on constate les faits suivants :

Les lèvres, notamment la lèvre inférieure, présentent quelques

petites plaques blanchâtres, elles sont en outre légèrement tuméfiées, saignantes. Sur la langue, au voisinage de la pointe, deux petites ulcérations blanchâtres.

La gorge est un peu rouge, mais dépourvue de fausses membranes. Sur l'amygdale droite, léger dépôt blanc, opalin, présentant environ les dimensions d'une pièce de vingt centimes. Salivation assez marquée. Réaction légèrement acide de la bouche.

L'examen des organes ne révèle aucunes particularités. A peine quelques râles de bronchite dans le poumon. T. 38°. *Traitement.* Lavages de la cavité buccale avec une solution phéniquée faible au 1/400 environ. Attouchements des points ulcérés avec un pinceau imbibé de glycérine phéniquée.

20 janvier. — Les plaques des lèvres se sont étendues. Disparition presque complète des ulcérations de la langue. Rien dans la gorge. T. 37°5.

22. — Les fausses membranes sont plus nombreuses au niveau des lèvres. Le dépôt blanc de l'amygdale n'existe plus. Rien dans la gorge. Voix et toux un peu rauques.

Submatité légère au niveau du tiers inférieur du poumon gauche, en arrière, râles sous-crépitaux au même point. Temp. 38°.

24. — Disparition croissante des plaques de la région labiale. Même traitement.

27. — Il existe encore sur la lèvre inférieure deux petites ulcérations médianes recouvertes d'un exsudat blanchâtre. Rien dans la cavité buccale. Écoulement d'oreilles assez abondant et franchement purulent. Chaque matin injections d'eau boriquée tiède dans les oreilles.

28. — Les ulcérations labiales sont complètement cicatrisées. L'enfant est guéri, la voix est normale, l'écoulement d'oreilles persiste.

Ensemencement le 20 janvier, sur agar, des plaques membraniformes.

La culture est jaune pâle, peu abondante, douteuse ; au microscope : groupes nombreux de staphylocoques aureus et albus.

OBSERVATION XXVII (personnelle et inédite). — *Impétigo de la face.* — *Stomatite impétigineuse.*

Ch... Georges, âgé de 2 ans entré le 15 janvier 1892, salle Lugol, n° 19. Service de M. Sevestre.

Aucuns renseignements sur les antécédents héréditaires ou personnels de l'enfant.

A son entrée dans la salle, on constate les faits suivants : l'enfant paraît chétif, débilité. Au pourtour du nez, des oreilles, nombreuses croûtes d'impétigo. Les lèvres sont tuméfiées, saignantes. Dans la bouche, plaques blanchâtres sur les gencives, la face interne des joues, les bords et la pointe de la langue.

La gorge est simplement rouge, ne présente pas d'exsudat. Pas de ganglions envahis. Dans le poumon, quelques râles de bronchite.

Les symptômes fonctionnels sont assez particuliers. L'enfant tousse légèrement, refuse le lait est fréquemment assoupi. Diarrhée jaunâtre, fréquente. Temp. normale 37° 8. *Traitement* : lavages de la bouche avec une solution de chloral au 1/30.

Après être resté à peine 3 jours dans la salle, l'enfant est mort subitement le 20 à 7 heures du soir, sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

Le petit malade avait pris du lait une heure environ avant de mourir ; l'état général paraissait beaucoup meilleur.

A l'autopsie, nous n'avons trouvé aucunes lésions caractéristiques.

Foie. 550 grammes. Légèrement congestionné, dur à la palpation.

Rate. 80 grammes. Grosse et dure également au toucher. Un peu de périspénite. A la coupe, saillie très apparente des follicules clos.

Cœur. 90 grammes. Le myocarde est congestionné. Rien du côté des valvules. Pas d'endocardite.

Poumon gauche, 110 grammes. Quelques blocs d'emphysème. Congestion très limitée à la base.

Poumon droit, 100 grammes. Les mêmes lésions que pour le poumon gauche.

Estomac. Rien.

Cœcum. Rien. Pas d'ulcérations. Les plaques de Peyer sont un peu tuméfiées.

Reins. Gauche, 55 grammes. Droit, 50 grammes. La substance corticale, notamment sur ce dernier, est un peu épaissie par places.

Cerveau. 830 grammes. Légèrement dur, rien de caractéristique.

Cervelet. 130 grammes. Dur à la coupe, rien de particulier.

Nous avonsensemencé sur agar les plaques blanchâtres des lèvres, qui ont donné de magnifiques cultures de *staphylococcus aureus* seul.

La culture était tellement manifeste qu'elle nous a dispensé de l'examiner au microscope.

OBSERVATION XXVIII (personnelle et inédite). — *Stomatite impétigineuse*. — *Amygdalite*. — *Guérison*.

T... Marthe, âgée de 5 ans, entrée le 8 janvier 1892, salle Bretonneau, n° 9 (diphthérie). Service de M. Sevestre.

Aucuns renseignements héréditaires ou personnels. Nous savons seulement que deux frères de cette petite malade, sont actuellement au pavillon de la scarlatine.

8 janvier. — A l'examen, on trouve la gorge rouge, mais sans exsudat; les amygdales sont volumineuses, recouvertes de petits points blancs disséminés. Sur la face interne des lèvres, quelques fausses membranes blanchâtres. Rien du côté des organes. *Traitement*: Lavages de la cavité buccale avec une solution phéniquée très faible, attouchements des plaques membraniformes avec un pinceau imbibé de glycérine phéniquée.

12. — Les amygdales sont rouges, mais sans exsudat. Encore quelques fausses membranes au niveau des lèvres.

15. — La petite malade quitte l'hôpital guérie.

Les cultures faites sur agar semblent déceler la présence du *staphylococcus albus*.

Au microscope, on trouve en effet du *staphylococcus albus*. On voit aussi sous le champ de la préparation des chaînettes de gros microcoques réunis deux à deux et qui paraissent être des streptocoques.

CONCLUSIONS

I. — La cavité buccale est normalement habitée par une quantité considérable de micro-organismes : les uns, non pathogènes, agents des fermentations ; les autres pathogènes, agents spécifiques de nombreuses maladies générales ou locales.

II. — Ces fermentations, plus nombreuses chez l'enfant, sont dues : soit au mode d'alimentation, soit aux conditions spéciales d'âge et de milieu ; elles modifient les réactions normales de la bouche, attaquent son épithélium et favorisent l'action des microbes.

III. — L'un de ces derniers, le plus fréquemment trouvé, paraît être le *staphylococcus aureus*, qui produit là les lésions de la stomatite diphtéroïde impétigineuse, de même que sur la surface cutanée, il engendre les vésico-pustules de l'impétigo.

IV. — Cette stomatite est spécialement fréquente, comme la maladie générale dont elle n'est qu'une simple localisation, chez les enfants débilités et dénutris.

V. — Ces lésions ne présentent un aspect diphtéroïde qu'à cause de leur localisation.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
STRAUS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Au moment de corriger les épreuves, nous trouvons dans l'*Union médicale* des jours précédents, diverses communications de M. Louis Wickham, chef de clinique-adjoint de M. le professeur Fournier, qui nous intéressent à plus d'un titre. L'auteur signale, en effet, la présence des staphylocoques aureus et albus dans les vésico-pustules de l'impétigo et, d'autre part, la reproduction des lésions impétigineuses par l'inoculation des cultures de ces microbes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Baginsky.** — *Traité des maladies des enfants* (traduction française par L. GUINON et ROMMER, Paris, 1892).
- Barié.** — Stomatite urémique (*Archives générales de médecine*, octobre et décembre 1889).
- Bazin.** — Affections générales de la peau. *Leçons sur la scrofule*.
- Bergeron.** — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article stomatite, page 166, tome XII.
- Biondi.** — *Zeitschrift für hygiene*, p. 194, tome II.
- Bockhart.** — Ueber die etiologie und therapie der impetigo, der sy-cosis und der Furunkels (*Monats. für prakt. dermatol.*, mai 1887).
- Bouchard.** — *Thérapeutique des maladies infectieuses* (Paris, 1889, page 252).
- Bouchut.** — *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance* (Paris, 1878).
- Bousquet.** — *Étiologie de l'impétigo* (Thèse Bordeaux, mai 1889).
- Brocq.** — *Traitement des maladies de la peau* (Paris, 1890).
- Cadet de Gassicourt.** — *Traité clinique des maladies des enfants*.
- Caubet.** — *Essai sur les manifestations et complications buccales de la rougeole chez les enfants* (Thèse Paris, 1889).
- Carret.** — *Quelques considérations sur la rougeole des enfants* (Thèse Paris, 1871).
- Chauvin.** — *Ulcérations de la bouche et leur diagnostic* (Thèse Paris, 1874).
- Claude-Bernard.** — *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine* (Collège de France, 1855).
- *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme* (Collège de France, 1859).
- J. Comby.** — *Revue des maladies de l'enfance* (septembre et octobre 1888).
- *France médicale* (décembre 1887).

- Coriveaud.** — Hygiène de la bouche (*Art dentaire*, septembre 1891).
- Cornil et Babès.** — *Traité des bactéries* (3^e édition, 1890).
- Damaschino.** — *Leçons sur les maladies des voies digestives* (Paris, 1880).
- David.** — Stomatite aphteuse et son origine (*Archives générales de médecine*, page 317, septembre et octobre 1887).
- *Les microbes de la bouche* (Paris, 1890).
- Delest.** — *Possibilité de transmission de la fièvre aphteuse à l'homme par l'espèce bovine* (Thèse Paris, 1881).
- Deschamps.** — Du diagnostic des stomatites et de l'examen de la bouche chez les enfants (*Tribune médicale*, 9 et 16 juin 1890).
- Descroizilles.** — *Traité élémentaire de pathologie et de clinique médicales* (Paris, 1891).
- Dewevre.** — *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (1885).
- Dieulafoy.** — *Pathologie interne*, t. II.
- D'Espine et Picot.** — *Manuel des maladies de l'enfance* (Paris, 1889).
- Dubreuilh.** — Nature de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux (*Annales de dermatologie et de syphil.* 1890).
- Duhring.** — *Traité pratique des maladies de la peau* (Traduction BARTHÉLEMY et COLSON, Paris, 1883).
- Duprey.** — *Considérations sur l'impétigo et sur certaines de ses localisations chez l'enfant* (Thèse Paris, 1891).
- Eloy.** — Traitement antiseptique et prophylactique de l'impétigo (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Août 1888).
- Ch. Fernet.** — Article Bouche, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.
- Eug. Fraenkel.** — *Archives fur Pathol. Anatomie und Physiologie* (Band. CXIII Heft.)
- Ueber die Anatomie und Etiologie der Stomatitis aphtosa (*Centralblatt fur klin. Med.* 1888, page 187).
- Fruhwald.** — Ueber stomatitis ulcerosa (*Jahrbuch für kinderheilhunde und physische Erziehung*, page 200, 1889).
- Guinon (Louis).** — *Traité de médecine* de MM. Charcot et Bouchard (Article Rougeole, page 99, 1892).
- De la desquamation épithéliale de la langue chez l'enfant (*Revue des maladies de l'enfance*, septembre 1887).

- Grellety-Bosviel.** — *Contribution à l'étude des altérations de la bouche dans la fièvre typhoïde* (Thèse de Paris 1888-89).
- Gubler.** — *Dictionnaire des sciences médicales* (Article Acescence).
- Hardy.** — *Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques* (Article impétigo, page 440).
- Hallopeau.** — *Traité élémentaire de pathologie générale* (Paris, 1890).
- Henoch.** — *Leçons cliniques sur les maladies des enfants* (traduction de l'édition allemande par le Dr HENDRIX, Paris, 1885).
- Hirtz.** — De la stomatite aphteuse infectieuse (*Journ. de méd. de Paris*, novembre 1889).
- Julien.** — *Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole* (Thèse Paris, 1886).
- Legendre (Paul).** — Traitement antiseptique des stomatites. Hygiène de la bouche (*Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, juin et novembre 1889).
- Lesage.** — De la dyspepsie et de la diarrhée verte des enfants du premier âge (*Revue de médecine*, janvier 1888).
- Lingard.** — Notes sur l'étiologie de l'ulcère buccal (*The Lancet*, juillet 1889).
- Netter.** — Microbes pathogènes contenus dans la bouche d'un sujet sain. Maladies qu'ils engendrent (*Journal de médecine et de chirurgie*, août 1889).
- Ollivier.** — La fièvre aphteuse des vaches laitières et la stomatite aphteuse chez les enfants (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1892).
- Parrot.** — L'athrepsie (*Clinique des nouveau-nés*).
— *Syphilis héréditaire et rachitisme* (Paris, 1886).
- Pasteur.** — *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1881, pages 6, 7, 94.
- Pauloff.** — Impétigo des cheveux (*Monat. für praktische Dermat.* IX, n. 6).
- Pierre.** — *Stomatites* (Art dentaire, juillet 1890).
- Piffard.** — *New-York medical Journal*, 1872.
- Proust.** — Transmission de la fièvre aphteuse à l'homme par le lait des animaux malades (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juillet 1888).

- Rappin.** — *Les bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde* (Thèse Paris, 1881).
- Ravet.** — *Sémiologie des ulcérations de la cavité buccale chez les nouveau-nés* (Thèse Paris, 1877).
- Rémy.** — Notes sur le muguet et les ulcérations ptérygoïdiennes chez les nouveau-nés (*Revue médicale de l'Est*, décembre 1889).
- Rollet.** — Article bouche, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.
- Rondot.** — Stomatite et angine dans la varicelle (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1889).
- Rilliet et Barthez.** — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* (Paris, 1891).
- Roux et Linossier.** — Recherches sur le champignon du muguet (*Archiv. de médecine expérimentale*, janvier-mars 1890).
— (*Bulletin de la Société de chirurgie*, décembre 1890).
- Schrakamp.** — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 44, page 892, 30 octobre 1887.
- Seitz Johannes.** — Stomatite aphteuse et néphrite (*Correspondenzblatt. für Schweizer aerzte*, n° 22, page 678, 19 novembre 1887).
- Séjournet.** — Quelques ulcérations de la muqueuse buccale chez les enfants (*France médicale*, Paris, mars 1890).
- Sevestre.** — *Etudes de clinique infantile à l'Hospice des Enfants-assistés*. Paris, 1889-90.
- Sevestre et Gastou.** — Sur une variété de stomatite diphtéroïde à staphylocoques (stomatite impétigineuse) (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 2 juillet 1891).
- Spillmann.** — *Tuberculisation du tube digestif* (Thèse d'agrégation, 1878).
- Straus et Wurtz.** — *Annales de l'Institut Pasteur*. Paris, 1888.
- Sullivan.** — Stomatitis gangrenosa (*New-York medical Journal*, août 1890).
- Thirty.** — Stomatite infectieuse (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, novembre 1889).
- Thomas.** — *De l'antisepsie appliquée au traitement des affections parasitaires de la bouche et des dents* (Thèse Paris, 1891).
- Tilbury Fox.** — *Britisch medical Journal* (1864). *Journal of cutaneous med.* (1868). *Klin. diseases* (1873).

- Vidal.** — *Annales de dermatologie et de syphil.* (1878).
— *Congrès international des sociétés médicales* (1878).
- Signal.** — Recherches sur les micro-organismes de la bouche (*Archives de physiologie*, 1886-1887).
- Weissenberg.** — Transmission de la cocotte à l'homme (*Berliner klinisch Wochenschrift*, n° 3, 20 janvier 1890).
- Worms (Jules).** — Aphtes (in *Diction.encyclopéd. des sciences médicales*).
- Wurtz et Bourges.** — *Archiv. générales de médecine expérimentale* (1^{er} mai 1890).
- Zit.** — *Archiv. für Kinderheilkunde* (juin 1887).

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier, (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
